

AUFNAHME SCHMERZTHERAPIE

Datum:

Arzt:

Patientendaten

ANAMNESE

Schmerzcharakter:

Schmerzstärke:

SOZ / PSYCH

Arbeit, Schlafhygiene, Impairment im Berufs- und Privatleben

NEBENDIAGNOSEN

Allergie:

BISHERIGE THERAPIE / DIAGNOSTIK

MEDIKAMENTE

BEFUND

DIAGNOSE

THERAPIEPLANUNG