

## AUFNAHME SCHMERZTHERAPIE

## PATIENTENDATEN

### SCHMERZANAMNESE

Lokalisation (Skizze):

Beginn (seit wann):

Dauer / Häufigkeit des Auftretens:

Schmerzcharakter:

Schmerzstärke:

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (stärkster Schmerz)

### IMPAIRMENT

Privat / Sozial:

Beruflich:

Schlafverhalten:

### SOZIALES

### PSYCHE

BISHER. DIAGNOSTIK

BISHER. THERAPIE

|

MEDIKAMENTE

NEBENDIAGNOSEN

|

ALLERGIEN

RED FLAGS

Name:

Geburtsdatum:

Beruf:

Familienstand:

Telefonnummer:

### – BEFUND

DIAGNOSE

THERAPIEPLANUNG

Unterschrift Arzt