

Name:..... Vorname:.....

Anamnesebogen für eine **CT-gestützte Schmerzbehandlung**

Liebe Patientin, Lieber Patient!

Um Ihnen eine bestmögliche Behandlung Ihrer Schmerzen zu gewährleisten, bitten wir Sie vorab, diesen Fragebogen auszufüllen. **Zutreffendes bitte ankreuzen.**

1. Geschlecht: männlich weiblich

2. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie zur Behandlung?
.....
.....

3. Seit wann haben Sie diese Schmerzen?
.....

4. Strahlen die Schmerzen aus? nein ja
Wenn ja, wohin?

5. Haben Sie Missempfindungen / Taubheitsgefühle? nein ja
Wenn ja, wo?

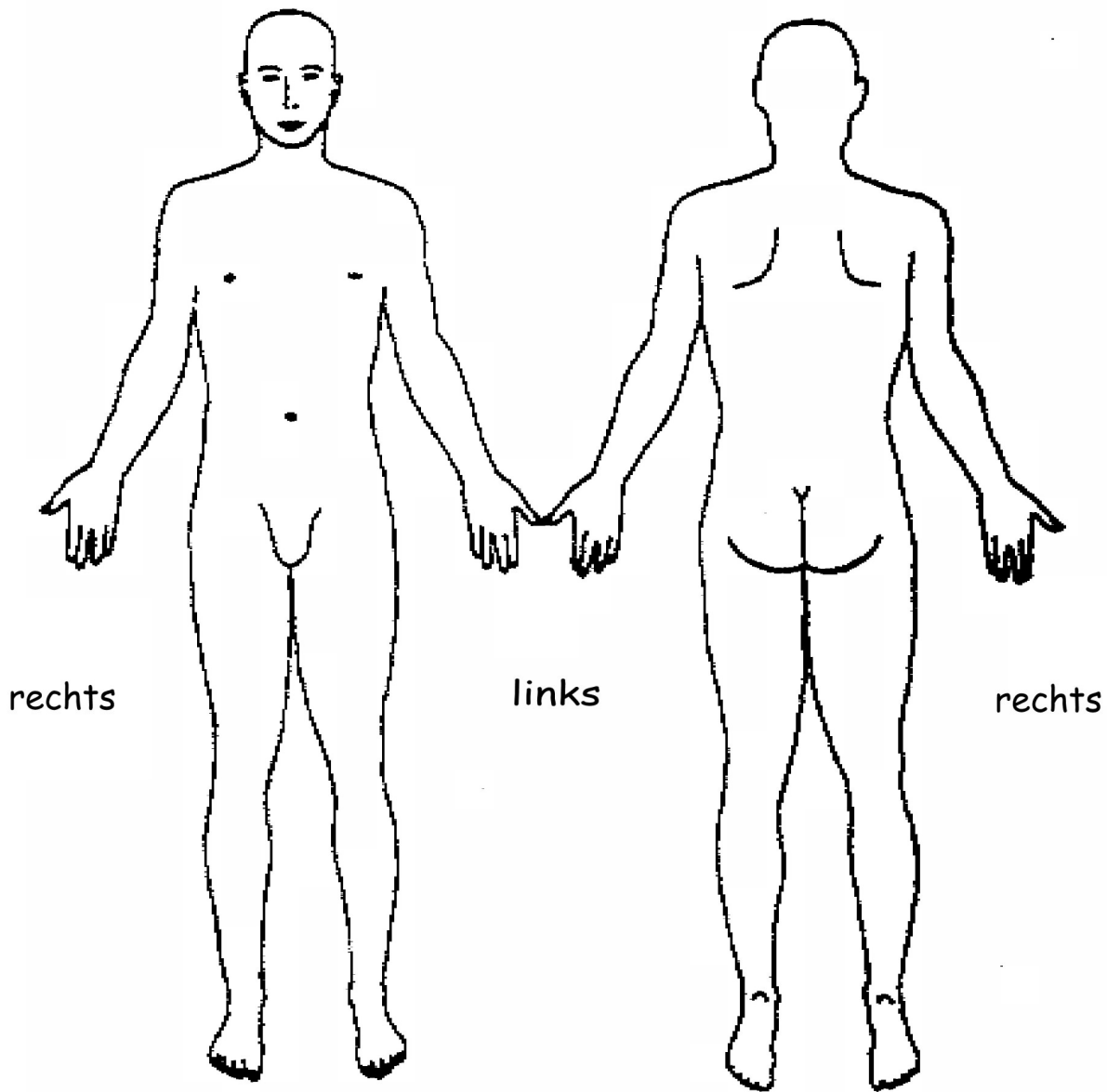
6. Wann treten die Schmerzen auf?
 Ständig in Ruhe bei Bewegung Lagewechsel
Evtl. auslösendes/verstärkendes Moment:
.....

7. Werden die Schmerzen bei Bewegung schlechter? nein ja

8. Nehmen Sie Medikamente gegen Ihre Schmerzen ein?
- ständig seit wann?.....
- fast immer, wenn Schmerzen auftreten
- in regelmäßigen Abständen
- häufig, aber nicht regelmäßig
- selten, nur bei starken Schmerzen
- überhaupt nicht

Welche Medikamente/ evtl. Dosierung:
.....
.....
.....

Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten, evtl. die Richtung der Schmerzausstrahlung und Stellen von Missempfindungen.



Bewerten Sie die Stärke Ihrer Schmerzen nach einem Schema von 0 – 10!
(0= keine Schmerzen, 1= sehr gering,.....,10= ständig extremer Vernichtungsschmerz)

Vor Beginn der Behandlung: Datum: Unterschrift:

Nach der 2. Behandlung: Datum: Unterschrift:

Nach der 4. Behandlung: Datum: Unterschrift:

Nach der 6. Behandlung: Datum: Unterschrift: