



Schmerzinstitut München

Prof.h.c. Dr.med. Wolfgang Bauermeister
Kharkiv National Medical University

Ein An-Institut der Kharkiv National Medical University



Vorname: _____ **Titel:** _____ **Nachname:** _____ **Geb.-Datum:** _____

Straße: _____ **PLZ:** _____ **Ort:** _____

Telefon: _____ **Privat:** _____ **Arbeit:** _____ **Mobil:** _____

Krankenversicherung: **Privat** **Beihilfe** **Gesetzlich**

Beruf: _____ **Aktiv** **Berentet** **Sportart:** _____ **Profi** **Freizeit**

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

	Problem	Datum Auftreten der erste Symptome	Datum Auftreten der aktuellen Symptome
1			
2			
3			
4			
5			

Bisherige Behandlungen:

Anzahl der konsultierten Ärzte oder Therapeuten:

Operationen:			
1.	Jahr:	2.	Jahr:
3.	Jahr:	4.	Jahr:
5.	Jahr:	6.	Jahr:

Unfälle:			
1.	Jahr:	2.	Jahr:
3.	Jahr:	4.	Jahr:
5.	Jahr:	6.	Jahr:

Wie haben sich Ihre Beschwerden im Laufe der Zeit verändert? **Stärker** **Schwächer** **Gleich**

Wann sind Beschwerden am stärksten?

Welche Medikamente nehmen Sie?

Was lindert Ihre Beschwerden?

Was verstärkt Ihre Beschwerden?

In welchen Aktivitäten werden Sie eingeschränkt?

SCHMERZINSTITUT

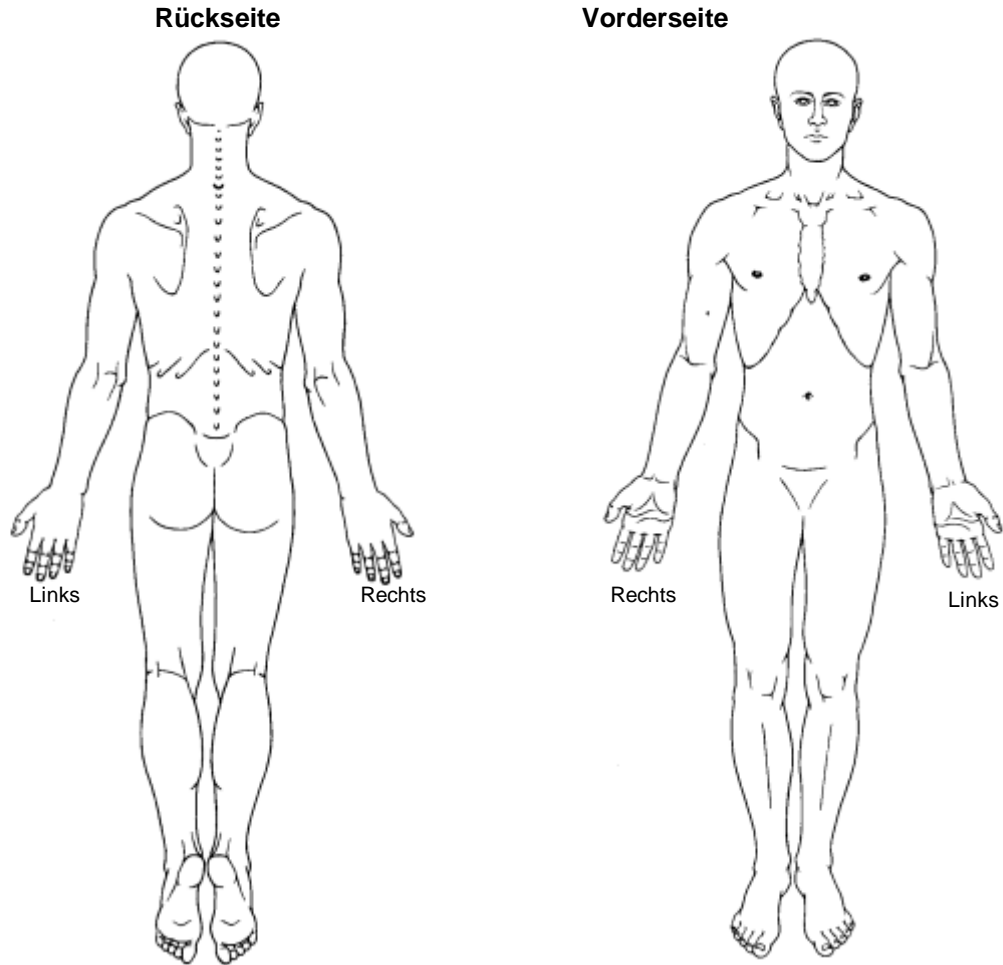
Prof. h.c. Dr.med. Wolfgang Bauermeister

Kharkiv National Medical University

An-Institut der Kharkiv National Medical University

Wie intensiv ist Ihr Schmerz/Missempfindung/Funktionseinschränkung auf einer Skala von 0 bis 10		
Wenn es am geringsten ist:	Wenn es am stärksten ist:	Wenn es mittel ist:

Bitte markieren Sie in die Skizze Ihre Schmerzen



Beschreiben Sie bitte Ihre Beschwerden:

Ort:	Datum:	Unterschrift
-------------	---------------	---------------------