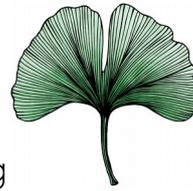


Praxis für ganzheitliche Therapie
Physiotherapie - Psychologische Beratung



SCHMERZANAMNESE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich haben es mir zum Ziel gesetzt, Sie optimal zu behandeln. Dazu ist Ihre Mithilfe gefragt. Ich bitte Sie deshalb, mir einige Informationen zu Ihrer Person und Ihrem Beschwerdebild anzugeben. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Ich verwende Ihre Angaben ausschließlich für eine ausführliche Befunderhebung. Gleichzeitig dient mir dieser Fragebogen als Anmeldeformular.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Klientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Nr:

PLZ:

Ort:

Tel. (Festnetz):

Tel. (Mobil):

Mail:

Ich bin damit einverstanden, per Email kontaktiert zu werden: Ja Nein

KEINE Werbung, keine Weitergabe an Dritte! Z.B. zur Terminabsprache.

Tel. Erstkontakt am:

Erstgespräch am (heute):

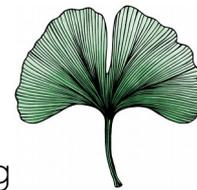
Alter:

Geschlecht:

Größe:

Gewicht:

Bitte beschreiben Sie selbst in kurzen Worten Ihre/n Schmerz/en und Ihre derzeitige Situation:



Schmerzbeschreibung

Wo befinden sich die Schmerzen?

Bei großflächigen Schmerzen: Wo befindet sich das Maximum?

Strahlt der Schmerz aus - wenn ja, wohin?

In welchen Situationen tritt der Schmerz auf?

Gibt es einen bestimmten Auslöser, durch den der Schmerz beginnt?

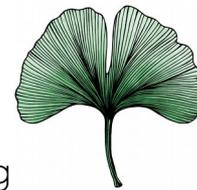
Wie lange hält der Schmerz an, wenn er einmal ausgelöst ist?

Wie ist der Verlauf des Schmerzes, bis er wieder ganz abgeklungen ist?

Wann und wo trat der Schmerz zum ersten Mal auf?

Entwickelte sich der Schmerz plötzlich oder allmählich?

Praxis für ganzheitliche Therapie
Physiotherapie - Psychologische Beratung



Wie oft tritt der Schmerz auf?

Wie war der Gesamtverlauf des Schmerzes seit dem ersten Auftreten?

Hat sich der Schmerz mit der Zeit verändert?

Hat sich die Art des Schmerzes verändert?

Sind seitdem noch weitere Schmerzen hinzugekommen?

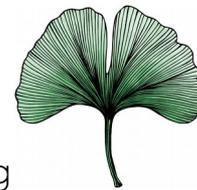
Wie fühlt sich der Schmerz an?

Bitte beschreiben Sie zuerst selbst, wie Sie Ihren Schmerz in Worte fassen würden?

Welche Adjektive würden am besten zu Ihrem Schmerz passen (bspw. ziehend, drückend, stechend, brennend, pochend etc.)?

Wie stark / intensiv ist der Schmerz?

Praxis für ganzheitliche Therapie
Physiotherapie - Psychologische Beratung



Generell können Sie Angaben auf einer Skala von 0-10 machen, wobei 0 für „gar kein Schmerz“ und 10 für „den stärksten Schmerz, den ich mir vorstellen kann“ steht.

Eine solche Skala ist natürlich nicht wirklich repräsentativ, aber sie kann dennoch sehr hilfreich sein, Einblicke in Ihre Situation zu bekommen.

Wie stark würden Sie Ihren Schmerz bzw. Ihre Schmerzen auf einer Skala von 0-10 einstufen? (bei mehreren Schmerzarten bitte einzeln bewerten)

Schmerz: _____ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Schmerz: _____ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Schmerz: _____ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Hatten Sie schon einmal einen ähnlichen Schmerz in einer anderen Situation oder an einer anderen Körperstelle?

Wie unterscheidet sich die Schmerzstärke im Ruhezustand oder in Bewegung?

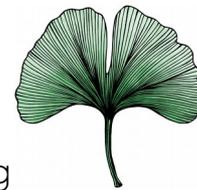
Mit welcher Schmerzstärke könnten Sie gut leben?

Welche Schmerzstärke muss mindestens erreicht sein, damit Sie einen normalen Alltag leben können?

Was hat Einfluss auf den Schmerz?

Gibt es Tätigkeiten, Situationen oder Außeneinflüsse, die sich auf den Schmerz auswirken und ihn verändern?

Praxis für ganzheitliche Therapie
Physiotherapie - Psychologische Beratung



Wenn ja, wie und in welchem Maß?

Welchen Einfluss hat eine Haltungs- oder Lageänderung?

Wie wirkt sich Bewegung und Belastung auf den Schmerz aus?

Gibt es etwas, was den Schmerz lindert oder womit Sie den Schmerz wieder abstellen können?

Welche Behandlungen / Therapien haben bisher am besten gegen den Schmerz geholfen?

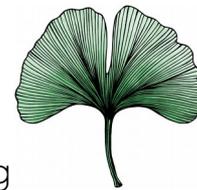
Welche Therapieversuche wurden bisher unternommen?

Wie haben diese gewirkt?

Werden derzeit noch Therapien durchgeführt?

Wenn ja, wie sind die Ergebnisse?

Praxis für ganzheitliche Therapie
Physiotherapie - Psychologische Beratung



Wurden oder werden Medikamente eingenommen?

Wenn ja, wie war oder ist die Wirkung?

Welche Wünsche / Erwartungen haben Sie von der Therapie hier in dieser Praxis?

Haben Sie von anderen Schmerzpatienten gehört oder gelesen, bei denen eine solche Therapie gut angeschlagen hat?

Haben Sie konkrete Vorstellungen, was der Therapeut für Sie tun kann?

Welches Ergebnis sollte mindestens erzielt werden, damit sich diese Therapie für Sie „rentiert hat“?

Zusätzliche Informationen:

Sonstige Anmerkungen und Vereinbarungen

Hiermit bestätige ich alle Richtigkeit oder obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Behandlung beeinträchtigen können.

Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Datum/Unterschrift des Klienten

Datum/Unterschrift der Behandlerin