

Name:.....



Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

damit wir eine möglichst effiziente Nutzung der Behandlungszeit gewährleisten können, bitten wir Sie folgende Fragen vorab zu beantworten.

Alle Daten und Informationen werden natürlich streng vertraulich behandelt und ausschließlich ihrer persönlichen Akte zugewiesen.

Vielen Dank

Ihr NAS - Team

Fragebogen:

- Was ist ihr Hauptproblem?

- Schmerzskala:

(kaum)

(heftig)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Wie lange besteht ihr Hauptproblem schon?

- Wie häufig tritt/treten der/die Schmerz/en auf?

(selten)

(täglich)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Nehmen Sie Schmerzmittel? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Welche?

- Haben Sie weitere Erkrankungen (akut/ chronisch)?

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Welche?

- Wurden Sie jemals operiert? Wenn Ja, wo (Körperregion) wurden Sie operiert?

Ja Nein

Wo?

- Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, bei welchem/r Arzt/Ärztin sind Sie?
(Bitte geben Sie auch die Fachrichtung des/der Arztes/Ärztin an.)

Ja Nein

Welcher
Arzt?

- Besitzen Sie Schuheinlagen

Ja Nein

Welche Seite? Li. Re.

- Haben Sie nachts Schmerzen?

Ja Nein

Welcher Art?

- Haben Sie Kopfschmerzen (Wo?/Wie oft?)

Ja Nein

Wo?

Wie oft?

- Schmerzen in der linken Brustseite sowie linken Armseite?

Ja Nein

- Schmerzen im Oberbauch und des linken Schulterblatts?

Ja Nein

- Haben Sie Dauerschmerzen im Bereich des Oberbauches bis hin zum Rücken?

Ja Nein

- Hatten Sie vor kurzem ein stumpfes Bauch-Trauma? (z.B. starker Stoß in den Bauch)

Ja Nein

- Haben Sie kontinuierlich stärker werdende Schmerzen am Tag?

Ja Nein

- Haben Sie Anlaufschmerzen aus Ruhe (Sitzen/Liegen) heraus?

Ja Nein

- Haben Sie Nachtschweiß? (Bettdecke tiefend Nass)

Ja Nein

- Haben Sie Schüttelfrost?

Ja Nein

- Haben Sie zurzeit Fieber? Wenn ja, wie hoch?

Ja Nein

Wie
hoch?

- Haben Sie zurzeit leicht erhöhte Temperatur?

Ja Nein

- Haben Sie Reflux oder Sodbrennen?

Ja Nein

- Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?

Ja, zu hoch Nein

Ja, zu niedrig

- Haben Sie Atembeschwerden in Ruhe oder unter Belastung?

Ja Nein

- Können Sie eine schmerzfreie Position einnehmen? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Welche?

- Ist Ihnen eine besondere Weiße oder Röte am Körper, an einem bestimmten Gebiet Ihres Körpers aufgefallen?

Ja Nein

Wo?

- Haben Sie angeschwollene oder anschwellende Gebiete am Körper?
 Ja Nein
 Wo?

- Haben Sie offene Wundstellen?
 Ja Nein
 Wo?

- Haben Sie stetigen Gewichtsverlust, trotz regelmäßigem Essen?
 Ja Nein

- Haben Sie regelmäßig Durchfälle oder Verstopfung?
 Ja Nein

- Haben Sie Schmerzen nach dem Essen?
 Ja Nein

- Gibt es rheumatische Erkrankungen in Ihrer Familie? (Arthritis, Morbus Crohn, Gicht...)
 Ja Nein
 Wenn Ja, welche?

- Haben Sie morgens Anlaufschmerzen von kurzer Dauer (5-20min)?
 Ja Nein
 Bessert sich die Symptomatik durch Bewegung?
 Ja Nein

- Gab es in den letzten Monaten Zeckenbisse?
 Ja Nein
 Wenn Ja, wo?