

Vorbehandlung:

Voroperation (im entsprechenden Bereich):..... keine Anzahl:

wann:..... was:.....

Konservativ: Reha : Kur Anzahl: ambulant (z. B. Physiotherapie)

Medikamente:

(wegen jetziger Erkrankung): keine regelmäßig täglich :
...../ NSAIDs / ASS / Cumarine

Sozialstatus:

selbständig Beamter Angestellter Alu
Sozialhilfe Arbeiter Hausfrau Azubi Rentner

AU: seit (.....Wo.) Beruf:
EU-Rente: nein ja, seit..... Antrag gestellt geplant R.a.Z. / BU
GdB: nein % (Verschlimmerungsantrag: ja) Krankenhaustagegeld

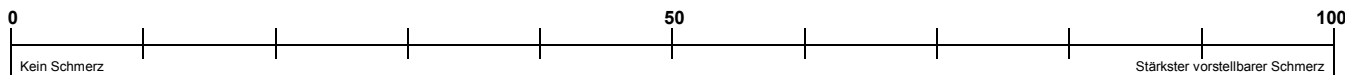
Memory:

Stuhl / Miktionsstörung, Gewichtsabnahme, Appetitlosigkeit, Claudicatio, Thrombose, WS-Trauma, Diab. mell., Magen-
erkrankung, Durchfallerkr., Hauterkr., Nierenerkr., Gicht, Herzerkr., Bluthochdruck, TBC, Malignome, Gyn-Erkr., Prostata-
erkr., neurologische Vorerkrankung (z.B. Epilepsie, Apoplex), Osteoporose, Metallimplantate, psychiatrische oder psycho-
therapeutische Behandlung,.....

Allergien:.....Rauchen:...../ Tag

Schlafqualität: Sport: nein ja:h/ Wo. seit:.....

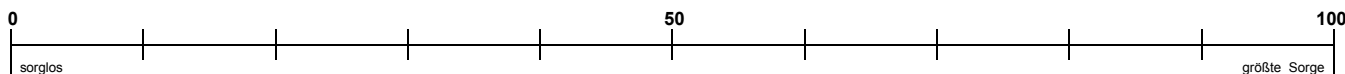
Aktueller Schmerz (VAS):



Charakteristik: dauernd wechselnd nachts nur belastungsabhängig Stunden pro Tag:.....

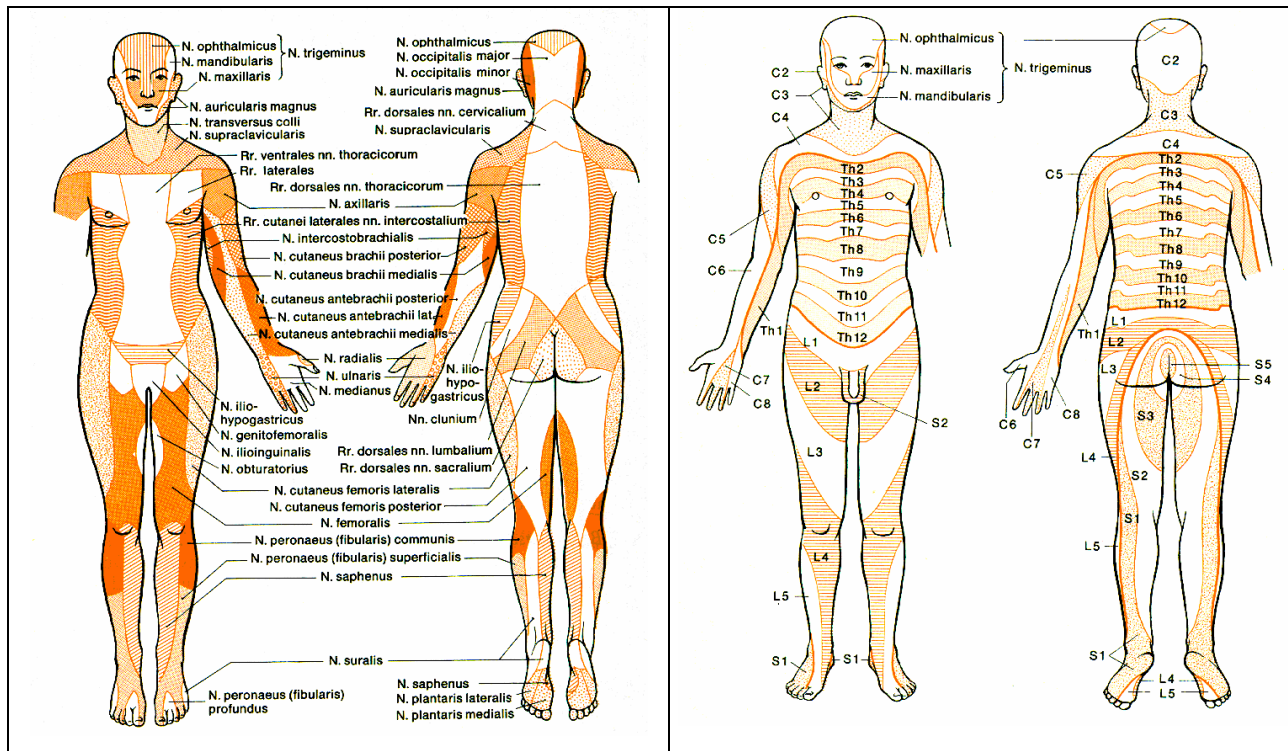
Qualität: drückend ziehend stechend brennend seit wann:.....

Besorgnis durch die Erkrankung:



Zeichen generalisierter Hypermobilität: nein ja

Zeichen psychosomatischer Beteiligung: nein ja



Schmerzverlauf bzw. Sensibilitätsstörung (s. Graphik): nur Schmerz Hyp- Par- Dysästhesie
strumpf- bzw. handschuhförmig

Datum:

untersuchender Arzt