

**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  )

Krankentagegeld

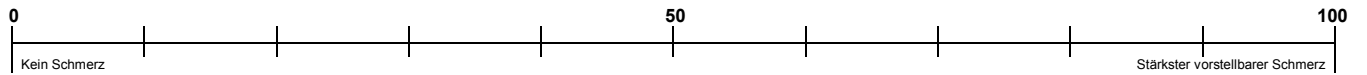
**Memory:**

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:**

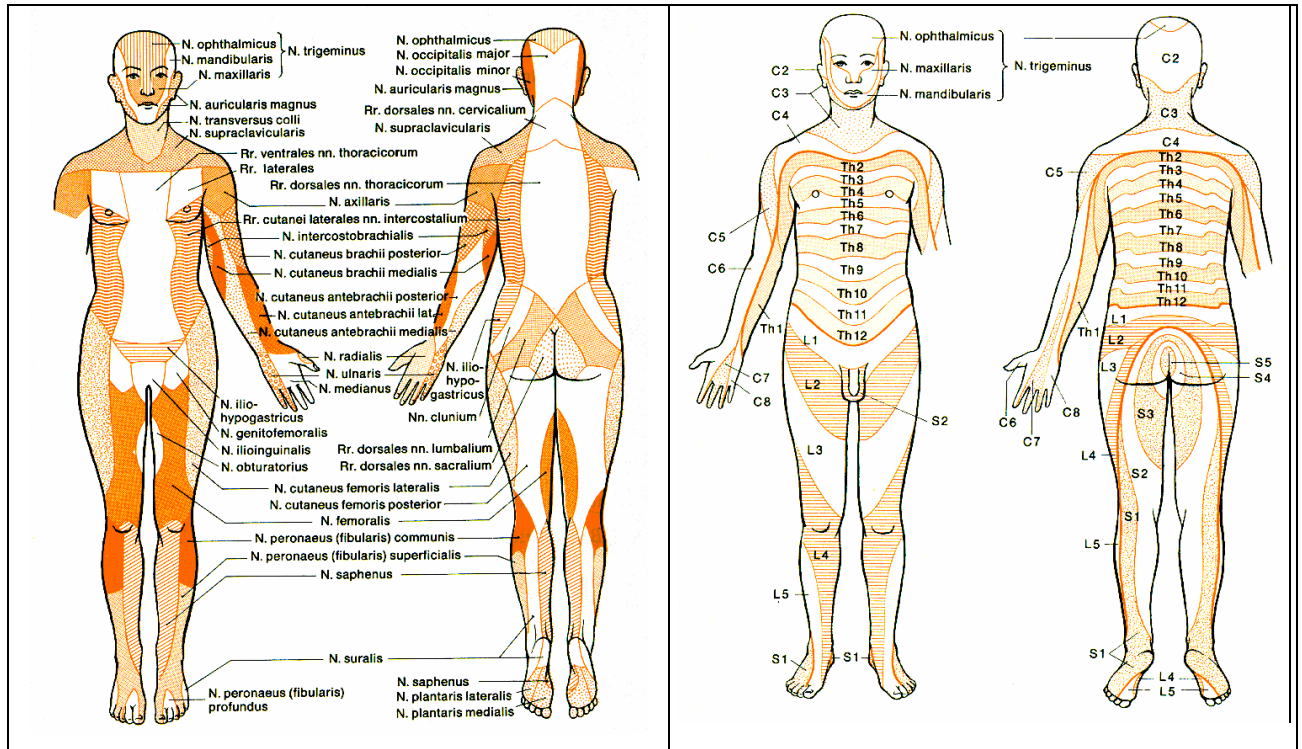


**Zeichen generalisierter Hypermobilität:**

nein  ja

**Zeichen psychosomatischer Beteiligung:**

nein  ja



Schmerzverlauf bzw. Sensibilitätsstörung (s. Graphik):

nur Schmerz  Hyp- Par- Dysästhesie   
strumpf- bzw. handschuhförmig

Datum:

untersuchender Arzt