

## PATIENTENFRAGEBOGEN VOR EINER RÖNTGEN-SCHMERZBESTRAHLUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Bogen aufmerksam und vollständig aus und geben diesen bei unserem Anmeldeteam ab. Der Arzt/die Ärztin wird anhand Ihrer Angaben eine auf Ihre Schmerzsituation angepasste Therapie durchführen. Falls sie diesen Bogen bereits auf unserer Webseite gelesen haben, bringen Sie bitte diesen ausgefüllt mit.

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Land
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	
E-Mail		
Zuweisender Arzt	Fachrichtung	

1	Wie lautet die Diagnose auf Ihrem Überweisungsschein vom Arzt?
2	Sind bei Ihnen andere Erkrankungen bekannt? Kreuzen Sie bitte die entsprechenden Kästchen an.  <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Diabetes ( <input type="checkbox"/> mit Insulintherapie) <input type="checkbox"/> Krebs  <input type="checkbox"/> Herzerkrankung <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle  <input type="checkbox"/> Gastritis/Refluxkrankheit <input type="checkbox"/> Gicht <input type="checkbox"/> Epilepsie  <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung  Sonstige:
3	Ihr erlernter Beruf: _____ Ihr ausgeübter Beruf: _____  Bisherige Operationen mit Monat/Jahr und Körperregion  Tragen Sie einen Herzschrittmacher? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

4	In welcher Körperregion haben Sie aktuell Schmerzen?	Seit wann haben Sie die Schmerzen?																									
5	<p>Wie ist die Schmerzqualität?</p> <p><input type="checkbox"/> brennend                      <input type="checkbox"/> mit Taubheit                      <input type="checkbox"/> dumpf                      <input type="checkbox"/> stechend</p> <p><input type="checkbox"/> in Ruhe                      <input type="checkbox"/> auch nächtlich                      <input type="checkbox"/> bei Überlastung</p> <p>Wie ist die Schmerzstärke in Zahlen ausgedrückt:</p> <p>①    ②    ③    ④    ⑤    ⑥    ⑦    ⑧    ⑨    ⑩</p> <p>kein                      mild                      mittel                      stark                      sehr stark                      stärkster vorstellbarer Schmerz</p>																										
6	<p>Welche Schmerzmittel nehmen Sie aktuell ein?</p> <table border="1" data-bbox="231 996 1433 1155"> <thead> <tr> <th data-bbox="231 996 611 1048">Name des Medikaments</th> <th data-bbox="611 996 948 1048">Stärke in Milligramm (mg)</th> <th data-bbox="948 996 1117 1048">morgens</th> <th data-bbox="1117 996 1251 1048">mittags</th> <th data-bbox="1251 996 1433 1048">abends</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="231 1048 611 1099"></td> <td data-bbox="611 1048 948 1099"></td> <td data-bbox="948 1048 1117 1099"></td> <td data-bbox="1117 1048 1251 1099"></td> <td data-bbox="1251 1048 1433 1099"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="231 1099 611 1155"></td> <td data-bbox="611 1099 948 1155"></td> <td data-bbox="948 1099 1117 1155"></td> <td data-bbox="1117 1099 1251 1155"></td> <td data-bbox="1251 1099 1433 1155"></td> </tr> </tbody> </table>		Name des Medikaments	Stärke in Milligramm (mg)	morgens	mittags	abends																				
Name des Medikaments	Stärke in Milligramm (mg)	morgens	mittags	abends																							
7	<p>Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein?</p> <table border="1" data-bbox="231 1209 1433 1473"> <thead> <tr> <th data-bbox="231 1209 611 1261">Name des Medikaments</th> <th data-bbox="611 1209 948 1261">Stärke in Milligramm (mg)</th> <th data-bbox="948 1209 1117 1261">morgens</th> <th data-bbox="1117 1209 1251 1261">mittags</th> <th data-bbox="1251 1209 1433 1261">abends</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="231 1261 611 1312"></td> <td data-bbox="611 1261 948 1312"></td> <td data-bbox="948 1261 1117 1312"></td> <td data-bbox="1117 1261 1251 1312"></td> <td data-bbox="1251 1261 1433 1312"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="231 1312 611 1364"></td> <td data-bbox="611 1312 948 1364"></td> <td data-bbox="948 1312 1117 1364"></td> <td data-bbox="1117 1312 1251 1364"></td> <td data-bbox="1251 1312 1433 1364"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="231 1364 611 1415"></td> <td data-bbox="611 1364 948 1415"></td> <td data-bbox="948 1364 1117 1415"></td> <td data-bbox="1117 1364 1251 1415"></td> <td data-bbox="1251 1364 1433 1415"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="231 1415 611 1473"></td> <td data-bbox="611 1415 948 1473"></td> <td data-bbox="948 1415 1117 1473"></td> <td data-bbox="1117 1415 1251 1473"></td> <td data-bbox="1251 1415 1433 1473"></td> </tr> </tbody> </table>		Name des Medikaments	Stärke in Milligramm (mg)	morgens	mittags	abends																				
Name des Medikaments	Stärke in Milligramm (mg)	morgens	mittags	abends																							
8	<p>Wie sind die Schmerzen bisher behandelt worden?</p> <p><input type="checkbox"/> Krankengymnastik                      <input type="checkbox"/> Stoßwelle                      <input type="checkbox"/> Spritzen ins Gelenk</p> <p><input type="checkbox"/> Ultraschall                      <input type="checkbox"/> Operationen                      <input type="checkbox"/> Schmerzmittel</p> <p><input type="checkbox"/> Cortison-Stoßtherapie                      <input type="checkbox"/> Akupunktur                      <input type="checkbox"/> Reizstrom</p> <p><input type="checkbox"/> TENS-Therapie                      <input type="checkbox"/> RSO                      <input type="checkbox"/> Sonstige Therapie:</p> <p style="margin-left: 40px;">(Radiosynoviorthese)</p>																										
9	<p>Haben Sie bereits eine Strahlenbehandlung erhalten?    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, welche Region und wann?</p>																										

10	Wurde bei Ihnen eine Röntgen-, CT- oder MRT-Untersuchung durchgeführt? Wenn ja, bitte bringen Sie die Aufnahmen zum Arztgespräch mit.		
	Monat/Jahr	Körperregion	Art der Untersuchung
11	Größe (cm)	Gewicht (kg)	Bemerkungen (z. B. gewollte/ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten 6 Monaten)
12	<p><b>Für Frauen</b>                  Liegt eine Schwangerschaft vor oder könnten Sie schwanger sein?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, eine Schwangerschaft liegt bei mir nicht vor und ist in den kommenden Monaten nicht zu erwarten</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, eine Schwangerschaft liegt bei mir vor oder könnte bei mir vorliegen</p> <p>Letzte Mammografie war im Jahre _____</p> <p><input type="checkbox"/> unauffällig      <input type="checkbox"/> auffällig      <input type="checkbox"/> bisher keine Untersuchung</p>		

**Hiermit versichere ich, dass ich die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß beantwortet habe.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_