

Befundbogen

Name:
Adresse:

Geburtsdatum:

Beruf:

Sportliche Aktivitäten/Hobbies:

Diagnose:

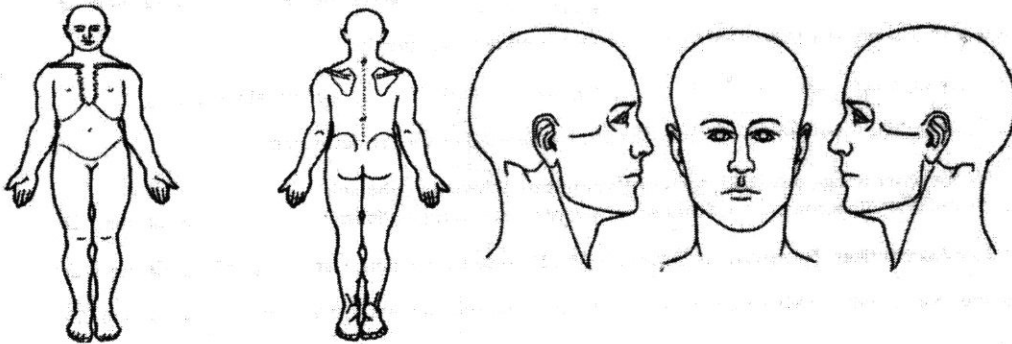
Nebendiagnosen/Vorerkrankungen:

Medikamente:

Operationen:
(auch Herzschrittmacher, TEP, Platten/Schrauben etc.)

Bisherige Therapien:

Bitte Schmerzlokalisierung eintragen:



Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan?:

(sehr schwach) 1 — — — — — 5 — — — — — 10 (sehr stark)

Wann treten Ihre Schmerzen im Alltag auf (bitte ankreuzen)?:

bei Belastung

in Ruhe

dauerhaft

Unterschrift