



SCHMERZPROFIL PATIENTEN

Um Ihnen bestmöglich helfen zu können, benötigen wir einige Angaben zu Ihnen und Ihren Schmerzen.
Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus. Alle Ihre Daten werden dabei absolut vertraulich
behandelt.

Persönliche Daten:

Name, Vorname

Geschlecht männlich weiblich

Geburtsdatum / -ort

Ausbildung

ausgeübter Beruf

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Fax

Mobil

E-Mail

Geschäftsstelle: Lenzhalde 91 · 70192 Stuttgart · Tel 0711 290182 · Fax 0711 290171

Präsident: Prof. em. Dr. med. Wilhelm Erdmann · 1. Vizepräsident: PD Dr. med. Roland Wörz

2. Vizepräsidentin und Pressereferentin: Annemarie Marliese Meissner · Geschäftsführerin: Sabine von Viebahn

Gemeinnützige Gesellschaft nach § 5, Abs. 1 Ziff. 9 KStG · Spendenkonto: GLS Bank · Konto DE 79430 60967 70216 288 00 · BIC: GENO DE M1 GLS

www.meissner-schmerzhilfe.de · info@meissner-schmerzhilfe.de



1. Welche Schmerzen haben Sie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Wo haben Sie diese Schmerzen? Sie können die Stellen zusätzlich an den Figuren auf der rechten Seite markieren.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





3. Wann treten dieses Schmerzen auf?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



5. Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja welche, wie häufig und wie lange nehmen Sie diese bereits ein?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Wie erfolgreich war die Behandlung mit Medikamenten? Kam es zu Nebenwirkungen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



7. Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Seit wann und in welcher Form?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Wie flexibel sind Sie? Können Sie ggf. weitere Strecken zu einem Therapeuten zurücklegen?

.....

.....

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.

.....
Datum / Ort

.....
Unterschrift