

Name:

## **Fragebogen:**

- Was ist ihr Hauptproblem?

- Schmerzskala:

(kaum)

(heftig)

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

- Wie lange besteht ihr Hauptproblem schon?

- Wie häufig tritt/treten der/die Schmerz/en auf?

(selten)

(täglich)

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

- Nehmen Sie Schmerzmittel? Wenn ja, welche?

Ja     Nein

Welche?

- Haben Sie weitere Erkrankungen (akut/ chronisch)?
  
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?  
Ja       Nein   
Welche?
  
- Wurden Sie jemals operiert? Wenn Ja, wo (Körperregion) wurden Sie operiert?  
Ja       Nein   
Wo?
  
- Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, bei welchem/r Arzt/Ärztin sind Sie?  
(Bitte geben Sie auch die Fachrichtung des/der Arztes/Ärztin an.)  
Ja       Nein   
Welcher  
Arzt?
  
- Besitzen Sie Schuheinlagen

Ja       Nein

Welche Seite?      Li.       Re.

- Haben Sie nachts Schmerzen?

Ja       Nein

Welcher Art?

- Haben Sie Kopfschmerzen (Wo?/Wie oft?)

Ja       Nein

Wo?

Wie oft?

- Schmerzen in der linken Brustseite sowie linken Armseite?

Ja       Nein

- Schmerzen im Oberbauch und des linken Schulterblatts?

Ja       Nein

- Haben Sie Dauerschmerzen im Bereich des Oberbauches bis hin zum Rücken?

Ja       Nein

- Hatten Sie vor kurzem ein stumpfes Bauch-Trauma? (z.B. starker Stoß in den Bauch)

Ja       Nein

- Haben Sie kontinuierlich stärker werdende Schmerzen am Tag?

Ja       Nein

- Haben Sie Anlaufschmerzen aus Ruhe (Sitzen/Liegen) heraus?

Ja       Nein

- Haben Sie Nachtschweiß? (Bettdecke triefend Nass)

Ja       Nein

- Haben Sie Schüttelfrost?

Ja       Nein

- Haben Sie zurzeit Fieber? Wenn ja, wie hoch?

Ja       Nein

Wie  
hoch?

- Haben Sie zurzeit leicht erhöhte Temperatur?

Ja       Nein

- Haben Sie Reflux oder Sodbrennen?

Ja       Nein

- Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?

Ja, zu hoch       Nein

Ja, zu niedrig

- Haben Sie Atembeschwerden in Ruhe oder unter Belastung?

Ja       Nein

- Können Sie eine schmerzfreie Position einnehmen? Wenn ja, welche?

Ja       Nein

Welche?

- Ist Ihnen eine besondere Weiße oder Röte am Körper, an einem bestimmten Gebiet Ihres Körpers aufgefallen?

Ja       Nein

Wo?

- Haben Sie angeschwollene oder anschwellende Gebiete am Körper?

Ja       Nein

Wo?

- Haben Sie offene Wundstellen?

Ja       Nein

Wo?

- Haben Sie stetigen Gewichtsverlust, trotz regelmäßigem Essen?

Ja       Nein

- Haben Sie regelmäßig Durchfälle oder Verstopfung?

Ja       Nein

- Haben Sie Schmerzen nach dem Essen?

Ja       Nein

- Gibt es rheumatische Erkrankungen in Ihrer Familie? (Arthritis, Morbus Crohn, Gicht...)

Ja       Nein

Wenn Ja, welche?

- Haben Sie morgens Anlaufschmerzen von kurzer Dauer (5-20min)?

Ja       Nein

Bessert sich die Symptomatik durch Bewegung?

Ja       Nein

- Gab es in den letzten Monaten Zeckenbisse?

Ja       Nein

Wenn Ja, wo?