

Ausgefüllt von: Mitarbeiter:
Datum:

von Ihnen selbst vorab
Datum:



Schmerzerfassung

Seite 1 von 4

Name: Geburtsdatum: Linkshänder Rechtshänder
Familienname Vorname

Kopfschmerzen	links	vorne	mittig	hinten	rechts
pro Woche / Monat					
Stärke (von 0 = <i>gar nicht</i> bis 10 = sehr schlimm)					

Migräne	links		mittig		rechts
pro Woche / Monat					
Stärke (0-10)					

Nackenverspannung	links		mittig		rechts
Stärke (0-10)					

Schulterschmerz	links				rechts
Stärke (0-10)					

Arme	links				rechts
Stärke (0-10)					

Finger	links				rechts
Stärke (0-10)					

HWS	links		mittig		rechts
Stärke (0-10)					

BWS	links		mittig		rechts
Stärke (0-10)					

LWS	links		mittig		rechts
Stärke (0-10)					

ISG	links		im Gesäß		rechts
Stärke (0-10)					

Ausgefüllt von: Mitarbeiter:
Datum:

von Ihnen selbst vorab
Datum:



Schmerzerfassung

Seite 2 von 4

Name:
 Familienname *Vorname*

Skoliose	KONVEX	links	HWS	BWS	LWS	rechts

Hüftgelenk	links				rechts
Stärke (0-10)					

Leiste	links				rechts
Stärke (0-10)					

Oberschenkelmuskulatur	links	vorne/ hinten		rechts	innen/ außen
Stärke (0-10)					

Knie	links	innen/ außen	vorne/ hinten	rechts	innen/ außen	vorne/ hinten
Stärke (0-10)						

Wadenmuskulatur / Krämpfe	links				rechts
Stärke (0-10)					

Schienbeinkante	links				rechts
Stärke (0-10)					

Achillessehne	links				rechts
Stärke (0-10)					

Knöchel	links	innen/ außen		rechts	innen/ außen
Stärke (0-10)					

Fuß	links				rechts
Stärke (0-10)					

Ausgefüllt von: Mitarbeiter:
Datum:

von Ihnen selbst vorab
Datum:



Schmerzerfassung

Seite 3 von 4

Name:
 Familiennamen Vorname

Tinnitus	links				rechts
Bitte zutreffendes markieren!					

Brille / Kontaktlinsen / Prismen	Lese	PC	Gleit- sicht	kurz	weit

Aufbißschiene	ja	regel- mäßig	unregel- mäßig		nein

Trinken / Wasser	
Wieviel Liter am Tag trinken Sie?	

Platz für Ihre Notizen

Ausgefüllt von: Mitarbeiter:
Datum:

von Ihnen selbst vorab
Datum:



Schmerzerfassung

Seite 4 von 4

Name:
Familiennamen Vorname

Medikamente	
Operationen	
Unfälle	
Hauptschmerz	

Liebe Kunden,

vielen Dank, dass Sie uns vorab mit Ihren Schmerzen vertraut machen!
Wir gehen bei Ihren persönlichen Termin alle Punkte nochmal gemeinsam durch.
Noch offene Felder klären wir gerne zusammen.

Ihr Team der ganzheitlichen Orthopädie-Schuhtechnik Christian Friedrich

.....
Die folgenden Themen füllen wir mit Ihnen zusammen vor Ort aus.

Kiefer / KFO / CMD	links	vorne/ hinten		rechts	innen/ außen

Zahn-Extraktion					
------------------------	--	--	--	--	--

Fehlende Höhe	Q 1/4	Q 2/3

Viszerales System (Bauchregion)	
--	--

Erwartungen / Behandlungsziel	
--------------------------------------	--