

NAME:

Geburtsdatum:

1. Was ist Ihr Hauptproblem?

2. Wann haben die Beschwerden begonnen?

(Sport, Unfall, OP, etc.)

3. Welche Symptome gibt es?

(Symptombereiche {durchnummerieren}, Qualität {brennend, ziehend, pochend, bohrend, etc.}, Schmerzskala {0=kein Schmerz - 10=schlimmster Schmerz})

4. 24h-Verlauf der Beschwerden

(nachts {Uhrzeit}, morgens {Einlaufschmerz?}, on/off Charakter?, Ausklingen?)

Was lindert die Beschwerden?

Was verschlimmert die Beschwerden?

Müssen Sie Aktivitäten abbrechen?
(z.B. Haare föhnen, sitzen, etc.)

