

Schmerz- anamnese

Name Datum

Wie häufig haben Sie Schmerzen
(pro Woche oder Monat)?

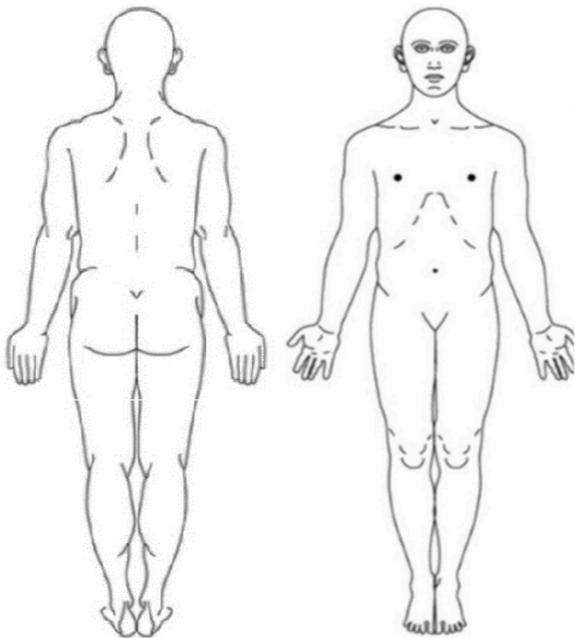
X pro Woche

pro Monat

Wie würden Sie die Intensität der Schmerzen
generell einordnen:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte markieren sie den Ort des
Schmerzes auf folgenden Grafiken:



Körper Links

Kopf links

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nacken links

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schulter links

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Arm links

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lendenwirbelsäule links

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Knie links

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fuss links

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Körper Rechts

Kopf rechts

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nacken rechts

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schulter rechts

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Arm rechts

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lendenwirbelsäule rechts

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Knie rechts

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fuss rechts

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kopf

Stirn

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Zähne Oberkiefer

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schädeloberseite links

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nacken links

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hals

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Zähne Unterkiefer

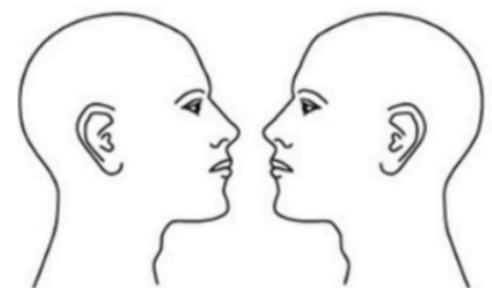
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schädeloberseite rechts

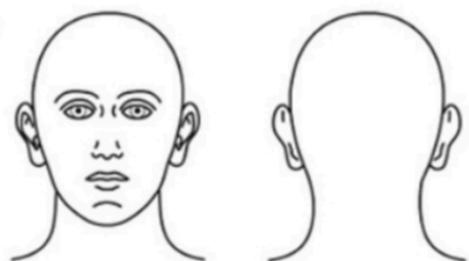
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nacken rechts

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Gesicht



Ohr links

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Auge links

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kiefer links

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ohr rechts

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Auge rechts

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kiefer rechts

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ABSCHLUSSUNTERSUCHUNG FUNKTION (NICHT VOM PATIENTEN AUSZUFÜLLEN)

OJ

OB

MÖ

Pro

Re

Lat li

Lat re

Knacken KG

MÖ gerade

K O P