

Allgemeine Information

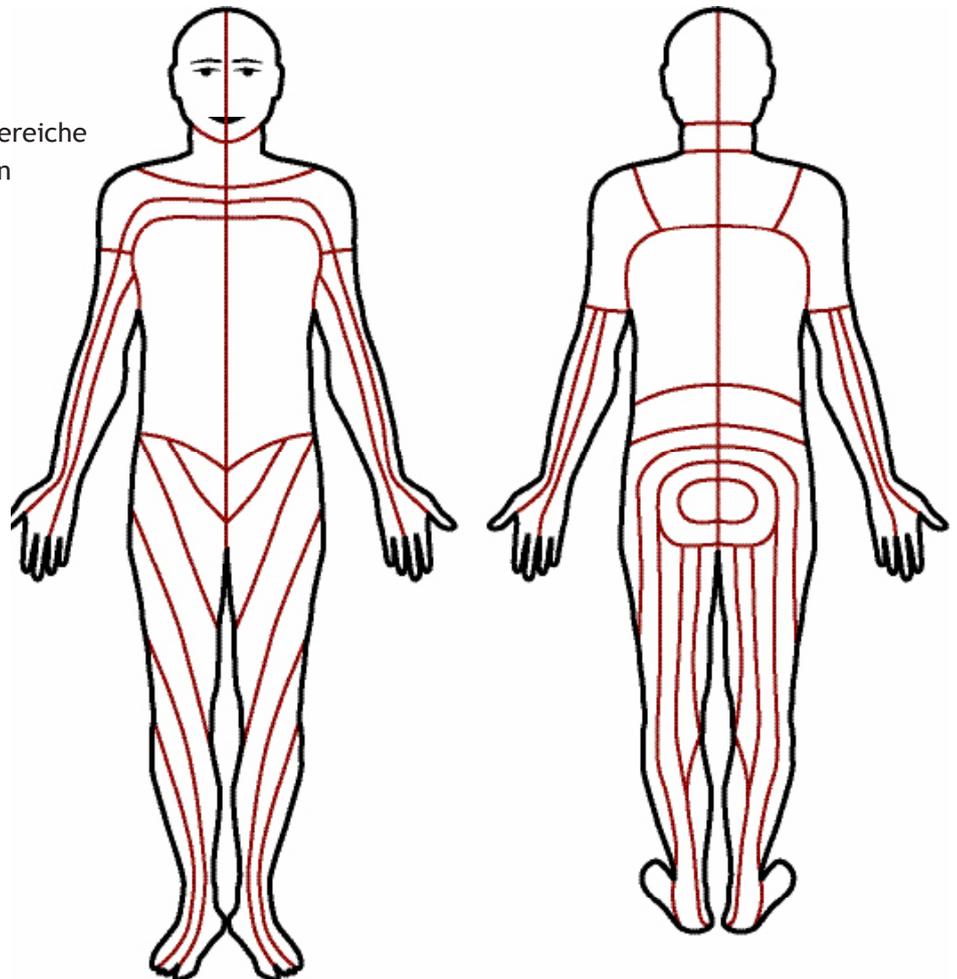
Vorname	Name
Geburtsdatum	
Straße	PLZ und Ort
Land	
Krankenversicherung <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich	Beihilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kontaktinformation

Telefon	Fax
Mobil	E-Mail

Ihre Schmerzzonen

Bitte markieren Sie die Körperbereiche
in denen die Schmerzen auftreten
und ausstrahlen



Fragen zu Ihren Beschwerden

Ich habe Bein/Rückenschmerzen seit _____

- Ich habe Schmerzen im Rücken links rechts nein
- Ich habe Schmerzen im Gesäß links rechts nein
- Ich habe überwiegend Schmerzen im Rücken im Bein gleich schlimm
- Durch Husten & Niesen wird es nicht schlimmer kaum schlimmer deutlich schlimmer
- Im Liegen habe ich keine Beschwerden kaum Beschwerden deutliche Beschwerden
- Beim Gehen habe ich keine Beschwerden kaum Beschwerden deutliche Beschwerden
- Beim Sitzen habe ich keine Beschwerden kaum Beschwerden deutliche Beschwerden
- Beim Stehen habe ich keine Beschwerden kaum Beschwerden deutliche Beschwerden
- Am schmerzvollsten ist es im Sitzen im Stehen
- beim Gehen beim Liegen

Durch welchen Anlass sind die Beschwerden eingetreten ? (Unfall, Heben etc.) _____

- Haben Sie Kraftminderung des Beines? ja nein
- Haben Sie Gefühlsminderung des Beines? ja nein
- Wurden Sie schon mal am Rücken operiert? ja nein

Wenn ja, was wurde gemacht und wann? _____

Welche Behandlungen wurden bisher für Ihre Rücken- und Beinschmerzen durchgeführt und mit welchem Ergebnis? _____
