

Befunderfassung Patient

Vorname / Nachname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>

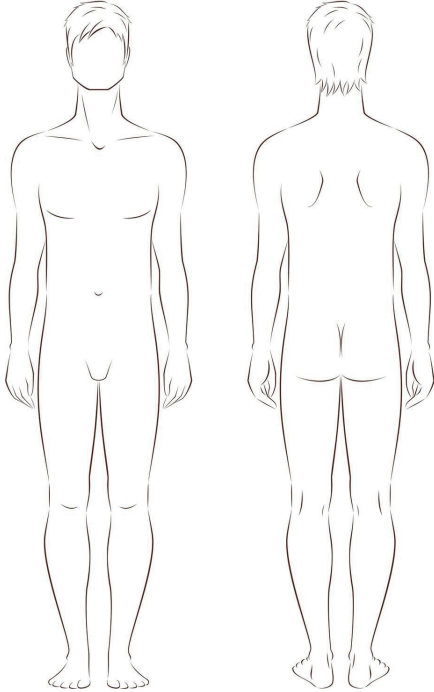
Hobbys / Sport	Beruf / Tätigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aktuelles Hauptproblem

Ziele des Patienten

Hilfsmittel / Medikamente

Bitte markieren Sie die Stelle, an der Sie Beschwerden haben:



Vorerkrankungen / Operationen

Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie **auf den unten aufgeführten Kreisen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden.

Die Zahlen können Ihnen bei der Einteilung helfen: Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

Kein Schmerz	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	Stärkster vorstellbarer Schmerz
--------------	--	---------------------------------

Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

Kein Schmerz	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	Stärkster vorstellbarer Schmerz
--------------	--	---------------------------------

Unterschrift

Ort, Datum