

**Bitte ausgefüllt zur **Erstuntersuchung** mitbringen!**

Name: .....

Beruf/dzt. Tätigkeit: .....

Ausbildung: .....

Ihr Familienstand: .....

Anzahl der Kinder: .....

soziale Kontakte: .....

(Familie, Freunde, Arbeitskollegen, Vereine, ...)

**Welche Operationen, Erkrankungen und Verletzungen hatten Sie?**

Geben Sie bitte das Jahr an.


Haben Sie Metallteile in Ihrem Körper (wie Schrauben oä. z.B. nach Operationen, Herzschrittmacher, Spirale, Metallsplitter, Piercing,...) oder bestehen sonstige Implantate?

.....

Müssen Sie Medikamente einnehmen?     ja     nein

Medikation <small>Name + Dosierung (mg, ...)</small>	ständig <small>(z. B. 1-0-0, ...)</small>	fallweise

Haben Sie Allergien auf Medikamente:     nein     ja

Wenn ja, welche: .....

Haben Sie andere Allergien:     nein     ja

Wenn ja, welche: .....

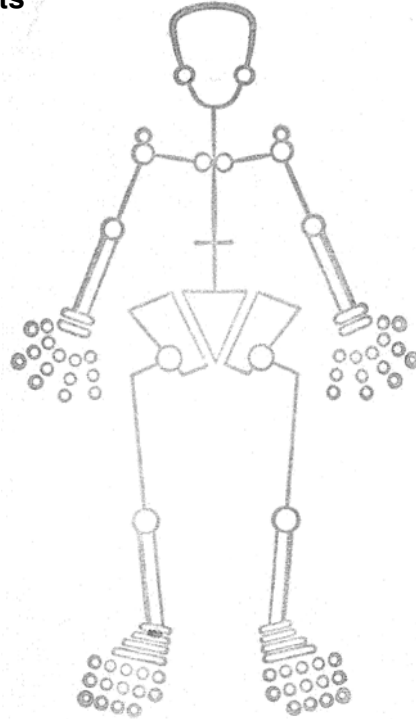
**weiter auf Seite 2**



**Bitte zeichnen Sie hier Ihre Beschwerden ein:**

rechts

links



Wie stark empfinden Sie Ihre Schmerzen heute? Bitte Zahl ankreuzen:



Wie wurden die bisherigen Beschwerden behandelt?

.....

.....

Üben Sie sportliche Aktivitäten aus? Wenn ja, welche? .....

.....

...../pro Woche                      ...../Stunden pro Woche

Wie schätzen Sie sich heute seelisch ein?



**weiter auf Seite 4** →

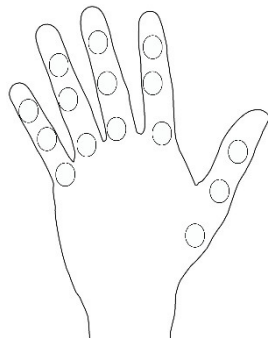
## Bitte machen Sie hier nähere Angaben zu Ihren Beschwerden

(ankreuzen bzw. eintragen. Wenn Sie keine Schmerzen haben, das Feld frei lassen):

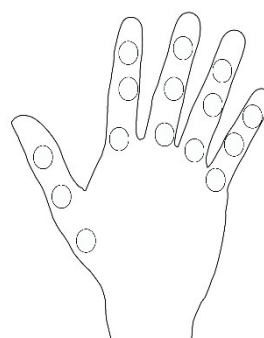
Wo?	links	rechts	Mitte	in Ruhe (stehen, liegen)	beim Bewegen	Ausstrahlung (nein/ja, wohin)	seit wann
Halswirbelsäule							
Brustwirbelsäule							
Lendenwirbelsäule							
Schulter							
Ellbogen							
Handgelenk							
Finger							
Daumen							
Hüftgelenk							
Kniegelenk							
Sprunggelenk							
Ferse							
Zehen							
sonstige Schmerzen:							

Wenn Sie Schmerzen in den Händen haben, tragen Sie diese bitte an der entsprechenden Stelle mit **R** für Schmerzen in Ruhe und **B** für Schmerzen in Bewegung (bzw. beides) ein.

linke Hand



rechte Hand



Haben Sie Morgensteifigkeit in Gelenken oder Wirbelsäule?  nein  ja

Wenn ja, wie lange? .....

Haben Sie Gefühlsstörungen (z.B. Missempfindungen, Kribbeln)?  nein  ja

Wenn ja, welche? .....

Haben Sie Probleme mit Stuhl / Harn / Appetit / Schlafstörungen etc.?  nein  ja

Wenn ja, welche? .....

**weiter auf Seite 5** →

	<b>Erstuntersuchung u. Fragebogen</b>	K 4.4.317. G
	Alpenterme Gastein Gesundheitszentrum	Seite 5 von 5

Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?

- weniger als 1 Monat
- 1 Monat bis ½ Jahr
- ½ Jahr bis 1 Jahr
- 1 Jahr und länger
- ich habe derzeit keine Schmerzen

Trifft folgende Aussage auf Sie zu?

„Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen.“

- ja
- nein

Möchten Sie Informationen zu Schmerzverarbeitung, Einflussfaktoren sowie Möglichkeiten der nicht-medikamentösen Behandlung erhalten?

- ja
- nein

**Bitte nehmen Sie dieses bereits ausgefüllte Formular, Ihre Befunde und aus hygienischen Gründen Badeschuhe oder Sandalen zur Erstuntersuchung mit.**

***DANKE!***