

<p>Dr. med.Ulrich Kraft Heilpraktiker</p> <p>Email: info@ulrich-kraft.de www.ulrich-kraft.de</p>	
---	--

Erhebungsbogen – akute Schmerzen

Um Sie erfolgreich beraten zu können und um uns auf das Gespräch mit Ihnen vorbereiten zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt. Fragen, die Sie nicht beantworten können oder möchten, lassen Sie bitte aus.

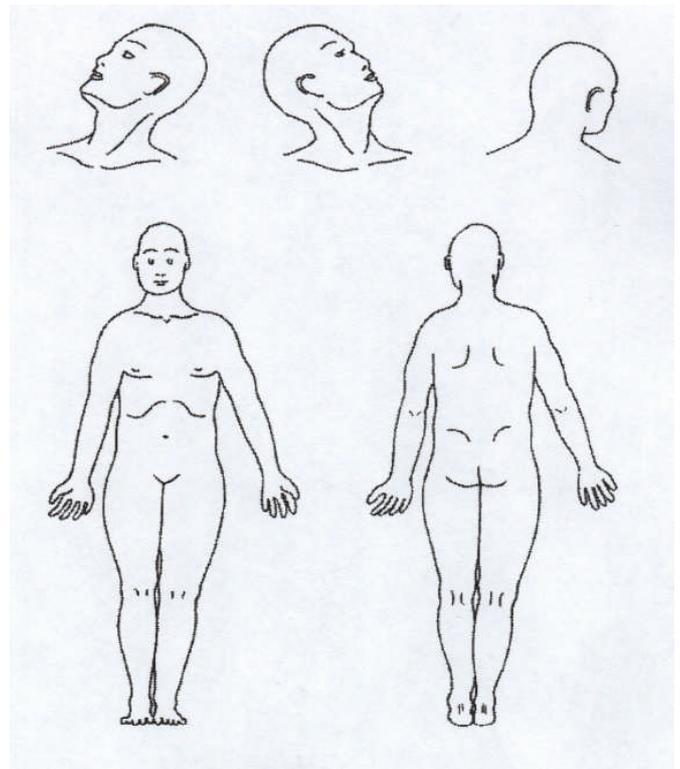
Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen vor Ihrem Termin bei uns zu.

Patient	Zuname Vorname Geburtsdatum
Anschrift	Straße Hausnummer Postleitzahl Ort
	Telefon E-Mail-Adresse Fax:
Bei Kindern bitte auch Angaben zu den Eltern	Mutter
	Zuname Vorname Geburtsdatum
	Beruf
	Vater
Zuname Vorname Geburtsdatum	
Beruf	
Tätigkeiten Bitte ausführlich beschreiben	

Sie konsultieren uns wegen neu aufgetretener Schmerzen.

Zur Unterstützung der Diagnostik bitten wir Sie, in dieses Körperschema einzutragen, wo Sie Ihre Schmerzen empfinden.

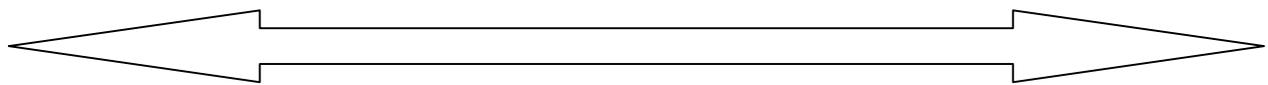
Bei ausstrahlenden Schmerzen tragen Sie auch bitte ein, wohin sie ausstrahlen.



Seit wann haben Sie diese Schmerzen?		
War der Beginn	allmählich	plötzlich
Beschreiben Sie die Schmerzen:		
örtlich begrenzt		<input type="checkbox"/>
an einer Stelle		<input type="checkbox"/>
an mehreren Stellen		<input type="checkbox"/>
ausstrahlend		<input type="checkbox"/>
diffus		<input type="checkbox"/>
überall		<input type="checkbox"/>
stechend		<input type="checkbox"/>
brennend		<input type="checkbox"/>
ziehend		<input type="checkbox"/>
reißend		<input type="checkbox"/>
schneidend		<input type="checkbox"/>
klopfend		<input type="checkbox"/>
stromstoßartig		<input type="checkbox"/>
hämmernd		<input type="checkbox"/>
heiß		<input type="checkbox"/>
pochend		<input type="checkbox"/>
pulsierend		<input type="checkbox"/>
krampfartig		<input type="checkbox"/>
anfallsartig		<input type="checkbox"/>

dauernd	<input type="checkbox"/>
wechselnd	<input type="checkbox"/>
bohrend	<input type="checkbox"/>
in Ruhe weniger	<input type="checkbox"/>
bei Bewegung stärker	<input type="checkbox"/>
mit Taubheit verbunden	<input type="checkbox"/>
mit Lähmung	<input type="checkbox"/>
mit Störung beim Stuhlgang	<input type="checkbox"/>
mit Störung beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>
bei Husten, Niesen, Pressen	<input type="checkbox"/>
Extrem stark	<input type="checkbox"/>

Bitte tragen Sie hier ein, wie stark Ihre Schmerzen zur Zeit sind:



Keine Schmerzen

Stärkste Schmerzen

Das ist mir im Zusammenhang mit den Schmerzen aufgefallen:

Aktuelles Datum: