



„Ich finde im Menschen ein
vollständiges Universum“
(Dr. Still, Begründer der
Osteopathie)

Schmerzfragebogen

Titel: Familienname: Vorname:
 Adresse:
 PLZ: Ort:
 Tel.: Mobil:
 Vers.nr.: Vers.Anst.: Geb.dat.: Geschlecht: W M
 Beruf: Familienstand: ledig /verh./ gesch. /verw.
 Beschäftigt bei, Ort: Email:

1. Wo haben Sie Schmerzen?

.....

2. Es geht bei mir nicht um Schmerzen, sondern um andere Beschwerden, bzw. neben Schmerzen habe ich noch andere Beschwerden:

Art der Beschwerde	Seit wann

3. Womit könnten Ihre Beschwerden zusammenhängen?

.....
.....

4. Sind es ausstrahlende Schmerzen?

JA NEIN

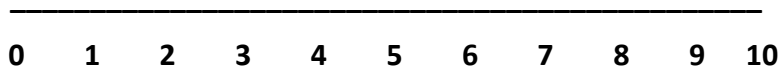
Wenn ja, von wo bis wohin?

5. **Wie können Sie den Schmerz beschreiben? (Bitte kreisen Sie die nachfolgenden Beschreibungen ein)**

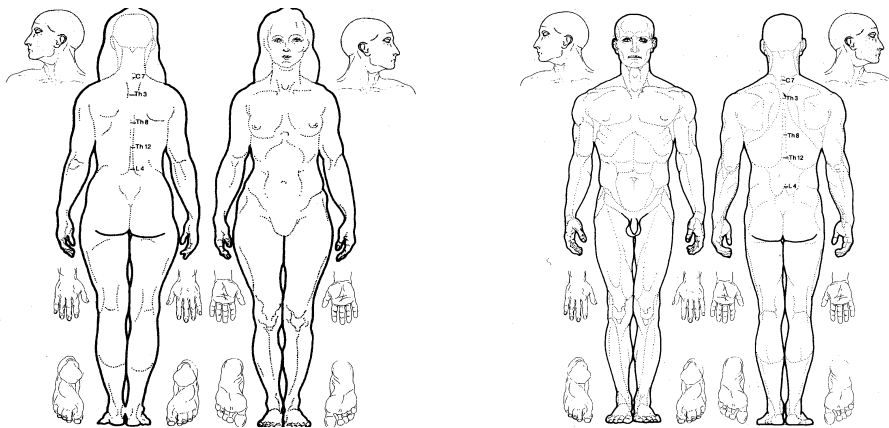
Ziehen/ stechend/ drückend/ kribbelnd/ krampfartig/ dumpf/ brennend/ schneidend/ klopfend/ beißend/ bohrend

Wie sonst?.....

6. **Bitte zeichnen Sie auf der untenstehenden Linie die STÄRKE Ihrer derzeitigen Schmerzen an: (0= kein Schmerz – 10= höchster Schmerz)**



7. **Bitte zeichnen Sie den Hauptsitz Ihrer Schmerzen und dessen Ausstrahlung an:**



8. **Wie oft treten Schmerzen auf?**

.....

9. **Wie treten Schmerzen auf?**

anfallsartig/dauernd

10. **Wie lang dauert der Schmerz an?**

.....

11. **Seit wann leiden Sie an diesen Schmerzen?**

.....

12. **Haben die Schmerzen in letzter Zeit zugenommen?**

JA NEIN

Wenn ja, seit wann?

.....

13. **Wann sind Ihre Schmerzen am stärksten?**

tagsüber / nachts

14. Besteht ein Zusammenhang mit körperlicher Aktivität, oder unter anderen Umständen?

JA NEIN

Wenn ja, bei welchen?

.....

15. Verstärken sich die Schmerzen bei lang anhaltenden Positionen, wie z.B. bei langem Sitzen, oder langem Stehen?

JA NEIN

16. Betreiben Sie regelmäßig Sport?

JA NEIN

Wenn ja, welchen?

.....

17. Welchen Hobbys gehen Sie regelmäßig nach?

.....

18. Leidet jemand in Ihrer Familie unter Schmerzzuständen?

.....

19. Verschlechtern sich Ihre Schmerzen wetterabhängig?

JA NEIN

20. Welche wichtigen Operationen hatten Sie bereits? Wann?

Operation	Jahr	Bemerkungen

21. An welche Unfälle können Sie sich erinnern (auch jene, die lange her sind, sind für uns relevant)?

Unfall	Jahr	

22. Haben oder hatten sie jemals Krankheiten an folgenden Organen?

Organ	Ja	Nein	Bemerkungen
Herz			
Gehirn			
Lunge			
Schilddrüse			
Gelenke			
Magen/Darm			
Leber			
Nieren			
Sonstiges			

22a. Haben oder hatten sie jemals folgende Krankheiten? Zutreffendes bitte ankreuzen:

Krankheit	Ja	Nein	Bemerkungen
Rheuma			
Zuckerkrankheit			
Bluthochdruck			
Psyche			
Infektionskrankheiten			
Rheuma			
Sonstiges			

23. Führen sie Ihre Schmerzen auf ein besonderes Ereignis zurück? (Krankheit, Schicksalsschlag, Operation, Unfall, seelische Belastung, Schwangerschaft, schwierige Geburt,....)

.....

24. Rauchen Sie?

- Noch nie
- Früher, Nichtraucher seit
- Ja, seit / Wie viel?
- Ich möchte aufhören

25. Wie ist Ihr Schlaf? *Keine Beeinträchtigung/ Einschlafprobleme/ Durchschlafprobleme/ Schmerz reißt mich aus dem Schlaf*

26. Welche Medikamente nehmen Sie ein? Seit wann? Wie oft? Welche Medikamente der Liste haben Sie gut, oder weniger gut vertragen?

Medikament	Seit wann?	Wie oft	Gut vertragen	Schlecht vertragen	Bemerkungen

27. Besteht eine Unverträglichkeit, oder Allergie gegen ein Medikament, oder Nahrungsmittel?

.....

28. Wie können Sie Ihre Schmerzen lindern?

Gar nicht/ Medikamente/ Wärme/ Kälte/ Bewegung/ draufdrücken/ ruhigstellen/ einnehmen einer bestimmten Körperstellung

Wie sonst?.....

29. Beziehen Sie eine Pension, oder läuft ein Pensionsverfahren?

JA NEIN

Wenn ja, wie lange?.....

30. Waren Sie wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig, bzw. konnten Ihrer Hausarbeit nicht nachgehen?

JA NEIN

Wenn ja, wie lange?.....

31. Welche Ärzte, Krankenhäuser, Ambulanzen, Institute haben Sie bezüglich Ihrer Schmerzen schon aufgesucht? (z.B. Hausarzt, Orthopäde, Chiropraktiker,....)

.....

32. Welche Schmerzbehandlung bzw. Methode wurde durchgeführt?

.....

33. Sind die Schmerzen dadurch verstärkt/ verringert/ ausgeschalten worden?

Behandlung/ Methode/ Operation	Verstärkt	Verringert	ausgeschalten

34. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Freunde/ Bekannte/ Angehörige/ Homepage/ Internet

Sonstiges:

35. Wie haben Sie sich Ihre Behandlung hier bei uns vorgestellt und wie können wir Ihnen helfen?

.....

36. Für Frauen: Fragen zu Ihrer Gesundheit (optional)

Frage	Ja	Nein	Bemerkungen
Nehmen Sie die Pille?			
Ist Ihre Regelblutung regelmäßig?			
Leiden Sie während der Periode unter starken Unterleibsschmerzen?			
Leiden Sie während der Periode unter starken Rückenschmerzen?			
Sind Sie während der Periode mies gelaunt?			
Sind Sie zurzeit schwanger?			
Stillen Sie zurzeit?			
Hatten Sie bereits Schwangerschaften? Wenn ja, wie viele?			
Wie haben Sie die Schwangerschaft erlebt?			
Wie viele Geburten hatten Sie bereits?			

Hatten Sie bei Geburten eine Sectio (Kaiserschnitt)? Wenn ja, wie viele?			
Wie haben Sie die Geburten Ihrer Kinder erlebt?			
Hatten Sie eine schwierige Geburt?			
Sonstige Bemerkungen:			

37. Sonstige Mitteilungen, oder Fragen die Ihnen am Herzen liegen?

.....

.....

.....

.....

.....

„Der Mensch ist viel mehr als die Summe seiner Teile. Ein Mensch ist eine Einheit aus Körper, Seele und Geist.“

(OA Dr. Selim MSc, Neurologe und Osteopath, 2016)

Vielen Dank für Ihre Mühe, es ist uns ein Anliegen Sie ganzheitlich zu behandeln!

Wenn Sie diesen Fragebogen daheim ausfüllen, nehmen Sie ihn bitte zu Ihrem Ersttermin mit, faxen, oder mailen Sie ihn uns.

Fax: 01/36 70 700-7, E-Mail: office@stz.at

Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen mindestens 24 Stunden davor telefonisch abzusagen.

Unterschrift des Patienten:

„Ihr Weg zu einem schmerzfreien Leben hat hier und jetzt begonnen!“

(OA Dr. Selim MSc, Neurologe und Osteopath, 2016)