

Allgemeine Information

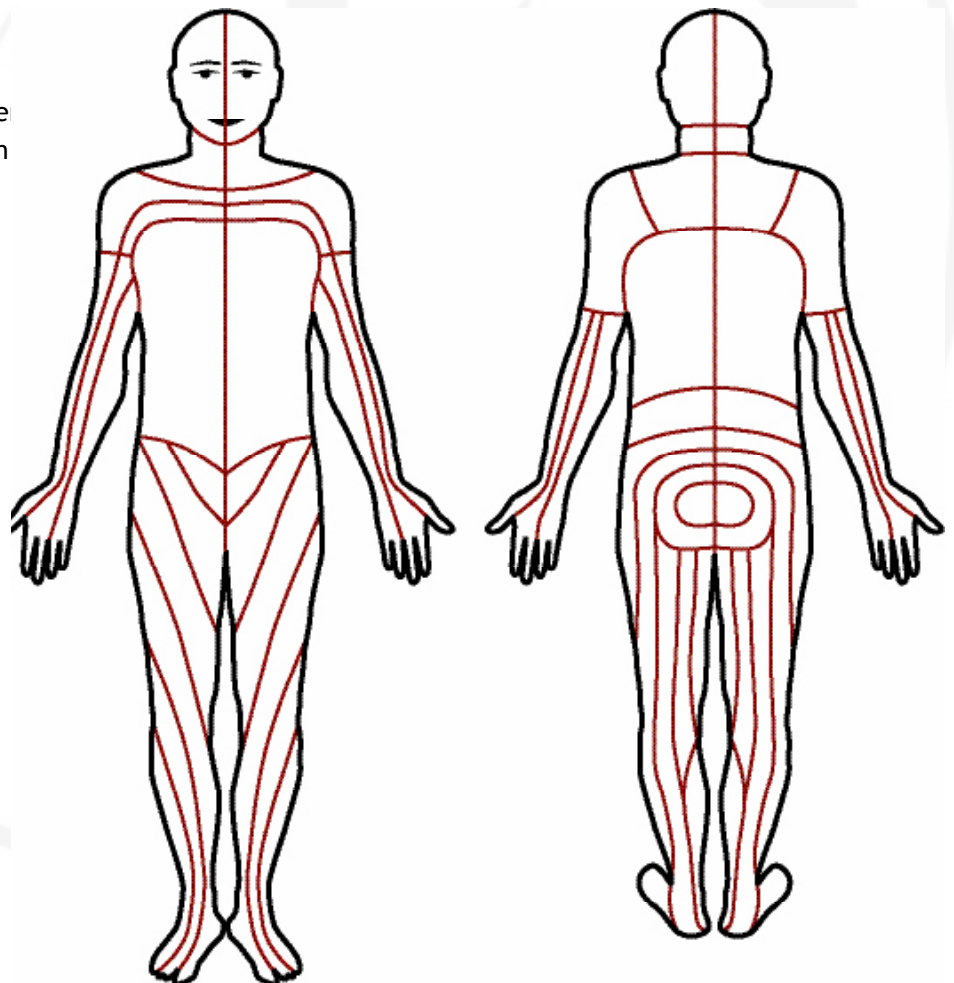
Vorname	Name
Geburtsdatum	
Straße	PLZ und Ort
Land	
Krankenversicherung <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich	Beihilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kontaktinformation

Telefon	Fax
Mobil	E-Mail

Ihre Schmerzzonen

Bitte markieren Sie die Körperbe-
reite in denen die Schmerzen auftreten
und ausstrahlen



Fragen zu Ihren Beschwerden

Ich habe Schmerzen seit _____

Die Schmerzen werden verschlimmert durch _____

Zu einer Linderung der Schmerzen führt _____

Ich habe überwiegend Nackenschmerzen Armschmerzen gleich schlimm

Ich habe Schmerzen im Arm links rechts nein

Ich habe nachts Schmerzen oft selten keine

Die Schmerzen nehmen zu beim Kopfdrehen nach links rechts

Die Schmerzen nehmen zu beim vornüberbeugen nach hinten strecken

Ich habe Kopfschmerzen oft selten keine

Folgende Therapien wurden bisher durchgeführt mit dem Ergebnis _____

Das Ergebnis der letzten Kernspintomographie (MRT) oder Computertomographie (CT) _____

Bitte fügen Sie sofern vorhanden weitere Informationen und Befunde bei!