

## Allgemeine Information

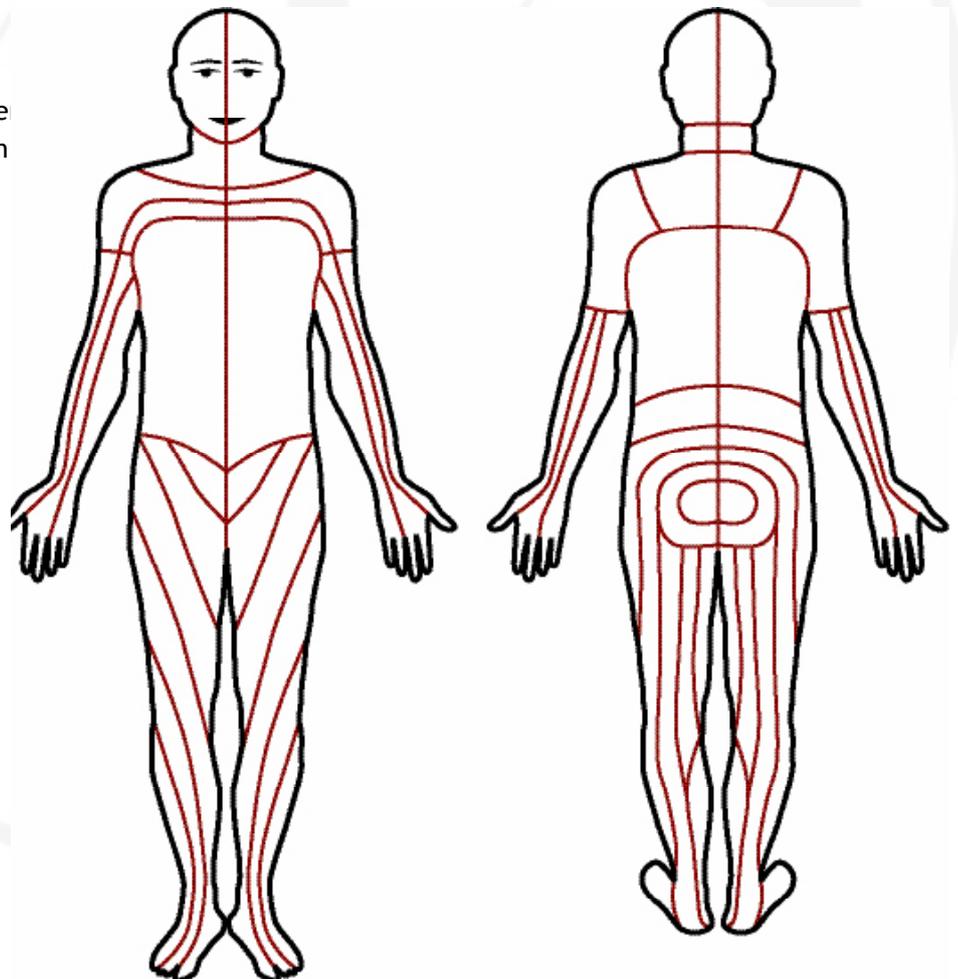
Vorname	Name
Geburtsdatum	
Straße	PLZ und Ort
Land	
Krankenversicherung <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich	Beihilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## 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!