



# Anamnese - Schmerzfragebogen

Karlstraße 1  
89231 Neu-Ulm

Telefon: 0731. 20 77 920

Mobil: 0160. 348 35 61

E-Mail: [mail@iris-dier.de](mailto:mail@iris-dier.de)

Web: [www.iris-dier.de](http://www.iris-dier.de)

Lieber Patient, liebe Patientin,

um Sie optimal behandeln zu können, Missverständnisse zu vermeiden und Zeit beim ersten Termin einzusparen, benötige ich vor der ersten Behandlung einige Angaben zu Ihrer Person und Schmerzgeschichte.

Füllen sie VOR Ihrem ersten Termin diesen Anamnesebogen aus und senden Sie diesen bitte per Post oder E-Mail an mich.

\_\_\_\_\_

NAME

\_\_\_\_\_

VORNAME

\_\_\_\_\_

STRASSE / HAUSNR.

\_\_\_\_\_

PLZ / ORT

\_\_\_\_\_

BERUF

\_\_\_\_\_

GEBURTSTAG

\_\_\_\_\_

TEL MOBIL

\_\_\_\_\_

TEL FESTNETZ

\_\_\_\_\_

E-MAIL

**Was erwarten Sie von dieser Behandlung? Was ist Ihr Ziel?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Betreiben Sie Sport, Krafttraining, Ausdauer, Dehnung?**

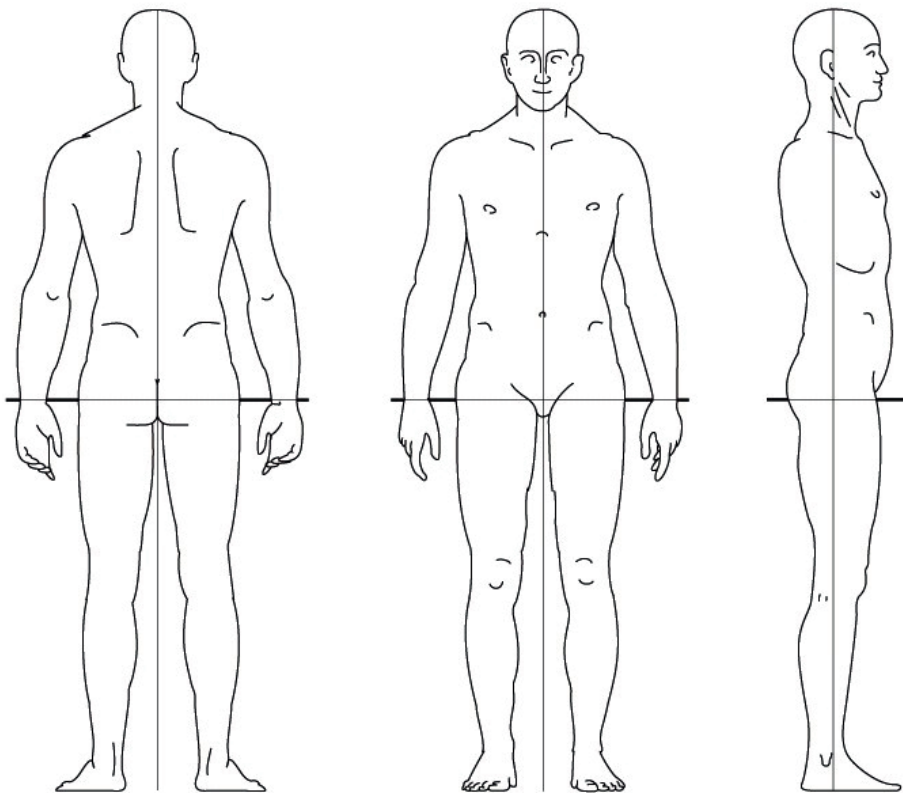
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen.**

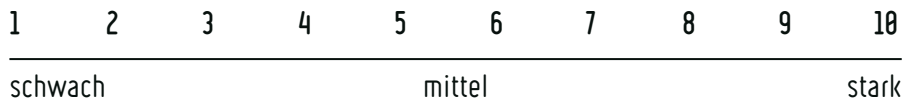
Kreuz - punktförmiger Schmerz

Linie - unklarer Schmerz

Pfeil - ausstrahlender Schmerz



**Schmerzsкала für den Hauptschmerz**



**Seit wann haben Sie die Schmerzen?**

---

---

**Gab es ein auslösendes Ereignis?**

---

---

**Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener, ...**

---

---

**Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend, ...**

---

---

**Welche Ereignisse verschlimmern?** Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit, Wetterlage, Monatsblutung, ...

---

---

**Welche Ereignisse verbessern?**

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, ...

---

---

**Andere Symptome zum Schmerz?** Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörung, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, ...

---

---

---

**Schmerzbehandlung bisher, wie?**

---

---

---

**Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?** Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen.

Auch Nahrungsmittelergänzung angeben.

---

---

---

**Chronologische Krankheitsgeschichte.** Bitte erfassen Sie bisherige Erkrankungen und Operationen.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
DATUM

\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT