

ANAMNESEBOGEN MUSKEL- UND GELENKSCHMERZEN

Patientenname

Vorname

Datum

1. Teilen Sie uns bitte den Grund für Ihren heutigen Besuch mit. Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**?

2. Seit **wann** bestehen diese Beschwerden?

3. Kennen Sie den **Auslöser** für Ihre Beschwerden?

4. Was **lindert** die Beschwerden?

5. Was **verschlimmert** Ihre Beschwerden?

6. Ordnen Sie Ihren Schmerz bitte auf einer Skala von 1 bis 10 ein
(**0 = kein Schmerz, 10 = extrem starker Schmerz**):

Schmerzstärke im Moment



Durchschnittlicher Schmerz im letzten halben Jahr



Stärkster Schmerz



Wie stark beeinträchtigt Sie der Schmerz

· in Ihrem Alltag?



· im Familienleben?



· in der Freizeit?



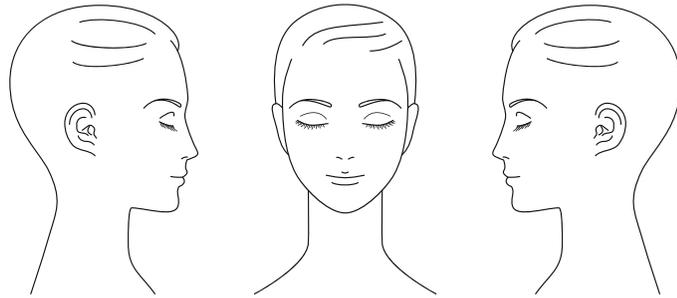
· während der (Haus-)Arbeit?



7. An wie vielen Tagen konnten Sie aufgrund der Schmerzen im vergangenen halben Jahr **nicht arbeiten**
bzw. in die Schule/Universität gehen?

8. Bei **welchen Ärzten** waren Sie bereits aufgrund Ihrer Schmerzgeschichte bzw. welche Therapien haben Sie schon gemacht? Beispiele: Allgemeinarzt (Hausarzt), HNO-Arzt, Heilpraktiker, Sonstige; Orthopädie, Physiotherapie, Osteopathie, Neurologie, Psychotherapie, Homöopathie

9. Versuchen Sie bitte, den **Ort Ihrer Schmerzen** einzuzeichnen:



10. **Bewerten** Sie bitte Ihren Schmerz: (**0 = kein Schmerz, 10 = extrem starker Schmerz**):

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| Zahnschmerzen | <input type="radio"/> | Schmerzen hinter den Augen | <input type="radio"/> |
| Kaumuskelschmerzen | <input type="radio"/> | Schmerzen im Kiefergelenk | <input type="radio"/> |
| Kopfschmerzen | <input type="radio"/> | Gesichtsschmerzen | <input type="radio"/> |
| Nackenschmerzen | <input type="radio"/> | Ohrenschmerzen | <input type="radio"/> |
| Schmerzen in Rücken oder Hüftgelenk | <input type="radio"/> | Knieschmerzen | <input type="radio"/> |

11. Leiden Sie unter einem oder mehreren dieser **Symptome**?

Die zutreffenden Begriffe **bitte unterstreichen**:

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Ohrgeräusche | Hals- oder Rachenentzündung | Schluckbeschwerden |
| Schwindelgefühl | Schnarchen | Bandscheibenvorfall |
| Atembeschwerden | Atemaussetzer | Zittern |
| Nasennebenhöhlenentzündung | Schlafstörungen | Beruflicher oder familiärer Stress |

12. Abschließend bitte **ankreuzen**:

- Tragen Sie Einlegesohlen? Ja Nein
- Rauchen Sie? Ja Nein