

## Fragebogen zur Schmerzbehandlung



<i>Vorname und Nachname:</i>	<i>Datum:</i>
<i>Straße:</i>	<i>Postleitzahl / Wohnort:</i>
<i>Telefon privat:</i> <i>Telefon geschäftlich:</i> <i>Mobil:</i> <i>E-Mail::</i>	<i>Geschlecht:</i> ☀️ <i>männlich</i> ☀️ <i>weiblich</i>
<i>Geburtsdatum:</i> <i>Geburtsstunde (falls bekannt):</i>	

<p>Größe:</p> <p>Gewicht:</p>	<p>Versicherung:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>☀ Gesetzlich versichert / Zusatzversicherung (welche?)</li><li>☀ Beihilfe</li><li>☀ Postbeamten</li><li>☀ Privat versichert: Welche?</li></ul>
<p>Beruf (derzeitige Beschäftigung):</p>	<p>Partnerschaftsstand:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>☀ ohne feste Partnerschaft</li><li>☀ in fester Partnerschaft lebend</li><li>☀ Verheiratet</li><li>☀ getrennt lebend / geschieden</li><li>☀ verwitwet</li></ul>
<p>Kinder (Anzahl / Alter / Geschlecht):</p> <p>Empfohlen von / durch:</p>	<p>Ernährung:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>☀ Vegetarier</li><li>☀ Nichtvegetarier</li><li>☀ andere Ernährungsform (z.B . makrobiotisch, Trennkost, Vegan ...)</li></ul>

**Bitte Fragebogen stichpunkthaft ausfüllen.**

**Bitte beschreiben Sie selbst in kurzen Worten Ihre/n Schmerz/en und ihre derzeitige Situation:**

**Detailfragen zur Präzisierung (bitte nach Bedarf auswählen):**

- Wo befindet sich Ihr Schmerz?
- Bei großflächigen Schmerzen:
  - Wo befindet sich das Maximum?
  - Strahlt der Schmerz aus – wenn ja, wohin?

In welchen Situationen tritt der Schmerz auf?

- Gibt es einen bestimmten Auslöser, durch den der Schmerz beginnt?

- Wie lange hält der Schmerz an, wenn er einmal ausgelöst ist?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Wie ist der Verlauf des Schmerzes bis er wieder ganz abgeklungen ist?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Wann und wo trat der Schmerz zum ersten mal auf?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Entwickelte sich der Schmerz plötzlich oder allmählich?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Wie oft tritt der Schmerz auf?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Wie war der Gesamtverlauf des Schmerzes seit dem ersten mal als er auftrat?

- Hat sich der Schmerz mit der Zeit verändert?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Hat sich die Art des Schmerzes verändert?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Sind seitdem noch weitere Schmerzen hinzugekommen?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Wie fühlt sich der Schmerz an?  
Bitte beschreiben Sie zuerst selbst, wie Sie Ihren Schmerz in Worte fassen würden.
  - Welche Adjektive würden am besten zu Ihrem Schmerz passen?  
(bspw. ziehend, drückend, stechend, brennend, pochend etc.)

Wie stark / intensiv ist der Schmerz?

- Wie stark würden Sie Ihren Schmerz bzw. Ihre Schmerzen (bei mehreren Schmerzarten bitte einzeln bewerten) auf einer Skala von 0-10 einstufen?
  
- Hatten Sie schon einmal einen ähnlichen Schmerz in einer anderen Situation oder an einer anderen Körperstelle?
  
- Wie unterscheidet sich die Schmerzstärke im Ruhezustand oder in Bewegung?
  
- Mit welcher Schmerzstärke könnten Sie gut leben?
  - Welche Schmerzstärke muss mindestens erreicht sein, damit Sie einen normalen Alltag leben können?
  
- Was hat Einfluss auf den Schmerz?

- Gibt es Tätigkeiten, Situationen oder Außeneinflüsse, die sich auf den Schmerz auswirken und ihn verändern?
  - Wenn ja, wie und in welchem Maß?
  
- Welchen Einfluss hat eine Haltungs- oder Lageänderung?
  
- Wie wirkt sich Bewegung und Belastung auf den Schmerz aus?
  
- Gibt es etwas, was den Schmerz lindert oder womit Sie den Schmerz wieder abstellen können?
  
  
- Welche Behandlungen / Therapien haben bisher am besten gegen den Schmerz geholfen?

- Welche Therapieversuche wurden bisher unternommen?
  - Wie haben diese gewirkt?
  
- Werden derzeit noch Therapien durchgeführt?
  - Wenn ja, wie sind die Ergebnisse?
  
- Wurden oder werden Medikamente eingenommen?
  - Wenn ja, wie war oder ist die Wirkung?
  
- Welche Wünsche / Erwartungen haben Sie von der Therapie hier in dieser Praxis?
  
- Haben Sie von anderen Schmerzpatienten gehört oder gelesen, bei denen eine solche Therapie gut angeschlagen hat?



- Haben Sie konkrete Vorstellungen, was der Therapeut für Sie tun kann?
  
- Welches Ergebnis sollte mindestens erzielt werden, damit sich diese Therapie für Sie „rentiert hat“?
  
- Sonstige Informationen

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Soultherapie beeinträchtigen können.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Absagepflicht

Hiermit bestätige ich \_\_\_\_\_,  
geboren am \_\_\_\_\_, das ich mit folgender Vereinbarung  
einverstanden bin:

Falls \_\_\_\_\_ es \_\_\_\_\_ Kind \_\_\_\_\_ betrifft, \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ des  
Kindes: \_\_\_\_\_

- Unentschuldigte, nicht wahrgenommene Termine, werden privat in Rechnung gestellt.
- Termine sind 24 Stunden vorher abzusagen, Termine die am Montag sind vorm Wochenende, ansonsten werden diese in privat Rechnung gestellt.
- Falls der abgesagte Termin nicht anderweitig belegt werden kann, wird dieser privat in Rechnung gestellt.
- Die Ausfallgebühr für einen nicht wahrgenommenen Termin beträgt 90€

Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift:

\_\_\_\_\_