

Vorname

Nachname

SV-Nummer

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)

Anschrift

Telefon

E-Mail Adresse

Datum, Unterschrift und Stempel des*der zuweisenden Arztes*Ärztin

Wann ist der Schmerz erstmals aufgetreten?

Wo haben Sie den Schmerz hauptsächlich?

Auf einer Skala von 0 bis 10, wie stark ist der Schmerz im Durchschnitt?

0 = kein Schmerz,
10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Gibt es bereits eine schmerzbezogene Diagnose?

Wie häufig haben Sie Schmerzen?

- einmal täglich oder seltener
- mehrmals täglich
- dauernd

Wie lange dauern die Schmerzen an?

- bis zu mehreren Stunden
- mehrere Tage
- länger als eine Woche oder dauernd

Wie oft wechselt die Stärke des Schmerzes?

- häufig
- gelegentlich
- nie

An wie vielen Körperstellen haben Sie Schmerzen?

- an einer Stelle
- an zwei Stellen
- an mehr als zwei Stellen / überall

Wie häufig nehmen Sie Schmerzmedikamente ein?

- unregelmäßig, max 2 verschiedene rezeptfreie Schmerzmittel
- max. 3 verschiedene rezeptfreie Schmerzmittel, davon max. 2 regelmäßig
- rezeptpflichtige Schmerzmittel *ODER* mehr als zwei rezeptfreie Schmerzmittel

Hatten Sie schon Medikamenten-Entzugsbehandlungen?

- keine
- eine
- mehr als eine Entzugsbehandlung

Haben Sie wegen der Schmerzen den Arzt gewechselt?

- kein Wechsel
- max 3 Wechsel
- mehr als 3 Wechsel

Waren Sie wegen der Schmerzen stationär im Krankenhaus?

- bis 1 mal
- 2 bis 3 mal
- mehr als 3 mal

Wurden Sie wegen der Schmerzen operiert?

- bis 1 mal
- 2 bis 3 mal
- mehr als 3 mal

Hatten Sie wegen der Schmerzen Rehabilitationsmaßnahmen?

- keine
- bis 2
- mehr als 2

Bitte übermitteln Sie das vollständig ausgefüllte Formular an

tcs@kh-herzjesu.at