



DR. AL-KHALAF

Ihr Wirbelsäulenspezialist im Allgäu

Schmerzfragebogen

01. Personalien

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: Männlich Weiblich Divers

Größe Gewicht

Hausarzt/Hausärztin: Überweisende/r Arzt/Ärztin:

Heutiges Datum:

02. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie momentan aus?

Berufsbezeichnung

..... Vollzeit mit Std. täglich

..... Teilzeit mit Std. täglich

03. Wenn Sie zurzeit nicht beruflich tätig sind, sind Sie:

..... berentet seit frühere Beschäftigung

..... Schüler/in bzw. Student/in Hausfrau/Hausmann

..... arbeitssuchend/erwerbslos seit

04. Seit wann bestehen die Schmerzen?

..... Tag/en Woche/n Monat/en Jahr/en

05. Auf welche Ursachen führen Sie Ihre Schmerzen zurück?

..... für mich keine Ursache erkennbar

..... auf eine bestimmte Krankheit/Operation/Unfall, wenn ja welche

..... auf körperliche Belastung

..... auf seelische Belastung

..... auf andere Ursachen, wenn ja welche

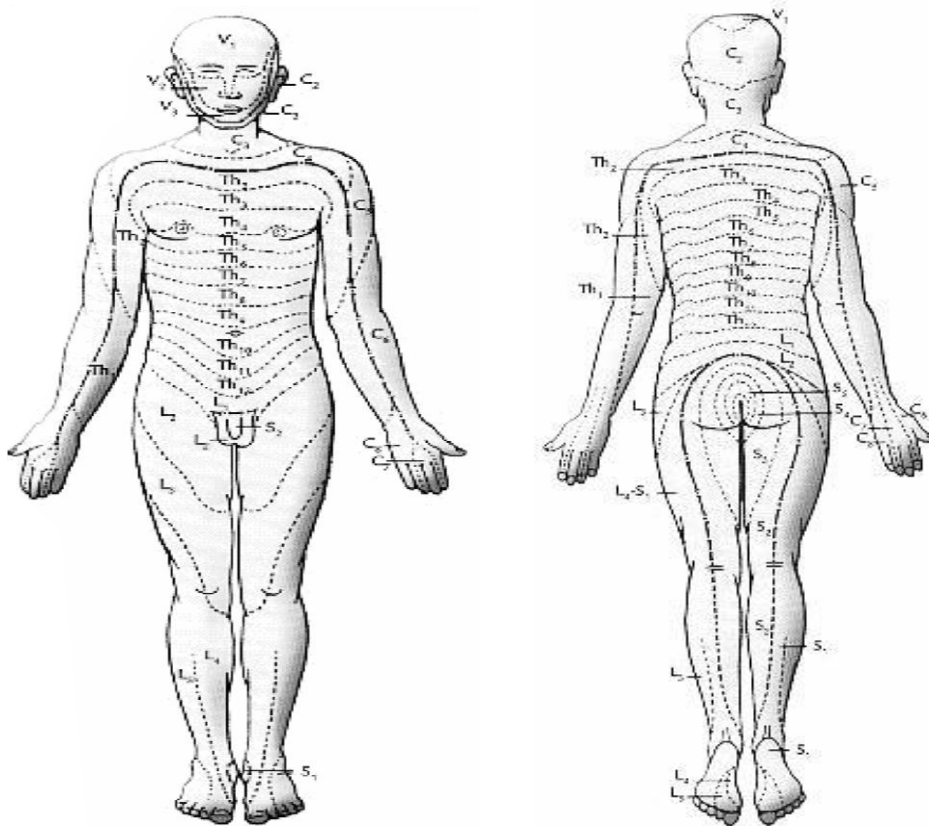
Bitte beachten Sie die Rückseite!



DR. AL-KHALAF

Ihr Wirbelspezialist im Allgäu

06. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten:



07. Beschreiben Sie bitte, wie Sie Ihre Schmerzen empfinden. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre typischen Schmerzen in der letzten Zeit (1-2 Wochen)

..... dumpf

..... stechend

..... drückend

..... ziehend

..... pochend

..... heiß

..... klopfend

..... brennend



DR. AL-KHALAF

Ihr Wirbelsäulenspezialist im Allgäu

08. Geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie auf den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation).

Die Zahlen können Ihnen bei der Einteilung helfen. (0 = keine Schmerzen, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

Heutige Schmerzstärke:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Durchschnittliche Schmerzstärke der letzten Wochen:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

09. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzstärke bei Ihren verschiedenen Aktivitäten.

(0 = keine Beeinträchtigung / Einschränkung; 10 = völlige Beeinträchtigung / Einschränkung)

Im Alltag (anmelden, waschen, essen, einkaufen etc.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- und Freundeskreis:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit/Gartenarbeit):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Was machen Sie selbst, um Ihre Schmerzen zu lindern? (z. B. Wärme/Kälte, Medikamente, ausruhen, schlafen, spazieren gehen, Gymnastik, ...)

.....
.....
.....

oder

..... Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen.

Bitte beachten Sie die Rückseite!



DR. AL-KHALAF

Ihr Wirbelsäulenspezialist im Allgäu

11. Wodurch werden Ihre Schmerzen verschlimmert? (z. B. gehen, heben, sitzen, stehen)

.....

oder

..... Ich weiß es nicht.

12. Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

	Erhalten?		Wenn ja: Vorübergehend wirksam?	
	ja	nein	ja	nein
Medikamente				
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden				
Krankengymnastik/Massagen, Kälte-/Wärmetherapie				
Akupunktur				
Psychotherapie				
Kur-/Rehabehandlung				
Sonstiges:				

13. Wo wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen untersucht oder behandelt?

..... bisher keine Behandlung Allgemeinmedizin Orthopädie/Chirurgie
 Neurochirurgie Schmerztherapie Neurologie
 Heilpraktiker/in andere:

14. Haben Sie sonstige Beschwerden?

..... keine
 Schlafstörungen Schwitzen Lustlosigkeit
 Konzentrationsstörungen Verstopfung Appetitlosigkeit
 Müdigkeit Übelkeit Schwindel
 Magenbeschwerden Niedergeschlagenheit Depression



DR. AL-KHALAF

Ihr Wirbelsäulenspezialist im Allgäu

Entbindung der Schweigepflicht

Patientenangaben

Name

Vorname

Geburtsdatum

Datum

Unterschrift

Sehr geehrte, liebe Patientin, sehr geehrter lieber Patient,

aus Datenschutzgründen benötigen wir Ihr Einverständnis zur Weitergabe, der von uns erstellten Berichte an Ihren Hausarzt, Überweiser, weiteren Facharzt, nichtärztliche Therapeuten, sowie bei einem geplanten stationären Krankenhausaufenthalt der notwendigen Daten/Befunde, um diese entsprechend weiterleiten zu dürfen. Hierzu gehört auch die telefonische Auskunft bei anderen Ärzten für evtl. Rückfragen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt (gemäß § 73 Abs. 1b SGBV) bei weiteren Leistungserbringern Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordern darf. Auch die von mir erhobenen Befunde dürfen an mitbehandelnde Ärzte, nichtärztliche Therapeuten und bei stationärem Aufenthalt, die notwendigen Befunde/Daten übermittelt werden.

Ich bin darüber informiert und aufgeklärt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Dr. med. Baschar Al-Khalaf
• Facharzt für Neurochirurgie
• Belegarzt Cambomed Klinik
• Neurochirurg Klinik Immenstadt
Rottachstraße 71-73
87439 Kempten (Allgäu)
Donaustraße 78
87700 Memmingen
Im Stillen 3
87509 Immenstadt
[T] 0831 989091-0
[F] 0831 989091-99
[E] info@dr-al-khalaf.de
[W] www.dr-al-khalaf.de



DR. AL-KHALAF

Ihr Wirbelsäulenspezialist im Allgäu

Patientenangaben

Name

Vorname

Geburtsdatum

Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung Email/Telefon/Abholung

- Telefon, unter _____
 Email, unter _____

Welchen Personen/Angehörigen dürfen wir telefonisch Auskunft geben bzw. ärztliche Formulare aushändigen (Bitte vollständigen Namen angeben):

Hiermit stimme ich zu, dass mich das Praxisteam Dr. Al-Khalaf bei sämtlichen Änderungen des Termins oder sonstigen Anliegen und Informationsübermittlung anrufen bzw. emailen darf.

Diese Einverständniserklärung kann gegenüber der Praxis mündlich oder schriftlich jederzeit widerrufen werden.