



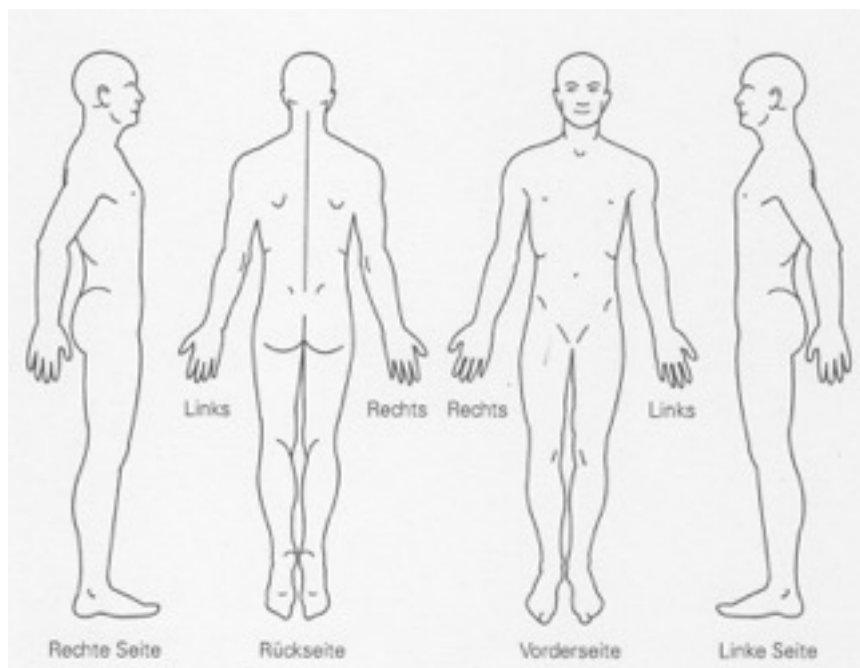
SCHMERZFRAGEBOGEN

Name _____ Vorname _____ Geb.Datum _____

Grösse _____ Gewicht _____ Hausarzt _____ Vorbehandler _____

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Bitte zeichnen Sie im Körperschema die Stellen an, an denen Sie Schmerzen empfinden



Wie oft treten die Schmerzen auf?

Wann treten die Schmerzen auf? (mehrere Antworten möglich)

Ruhschmerz 0 Belastungsschmerz 0 Schmerzattacken 0 Dauerschmerz 0

Wie lange dauern die Schmerzen an?

Sekunden 0 Minuten 0 Tage 0 Wochen 0

