Vorname Name: _____

geboren am: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mail-Adresse: _____

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Behandlung in unserer Schmerzklinik. Dieser Fragebogen hilft uns dabei, einen ersten Eindruck Ihrer Beschwerden zu gewinnen und zu beurteilen, ob unsere Klinik die richtige Anlaufstelle für Ihre Schmerzbehandlung ist. Ihre Antworten sind wichtig, um eine optimale Behandlungsplanung zu ermöglichen. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich.

Leiden Sie seit mind. 6 Monaten an wiederkehrenden Schmerzen?

□ ja □ nein

Welche Diagnosen wurden bei Ihnen in Bezug auf Schmerzen gestellt, oder welche Schmerzen bzw. Beschwerden haben Sie aktuell?

_____
_____

Waren Sie wegen Ihrer Symptome bereits bei einem der folgenden Ärzte?

□ Hausärzt*in □ Orthopäd*in □ Neurolog*in
□ Chirurg*in □ Schmerztherapeut*in □ anderer Facharzt: _____

Welche Schmerz-Medikamente haben Sie bereits erprobt?

_____
_____

Wirken Ihre Schmerz-Medikamente in letzter Zeit nicht mehr ausreichend, oder bemerken Sie, dass Sie immer mehr Schmerzmittel einnehmen müssen?

□ ja □ nein

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Physio- oder Ergotherapie erhalten?

□ ja, wie viele Behandlungen? _____ □ nein

Haben Sie sonstige Maßnahmen (z.B. Rehasport, Osteopathie, Akupunktur) in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

_____

Haben Sie bereits eine stationäre oder teilstationäre Schmerztherapie in Anspruch genommen?

□ ja □ nein

Wann waren Sie zuletzt zu einer Reha?

_____

Leiden Sie an weiteren Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Folgen eines Schlaganfalles)?

_____

Leiden Sie derzeit unter psychischen Erkrankungen (z.B. Schlafstörungen, Depression oder Angststörung, Panikattacken)?

_____

Sind Sie auf Hilfe oder Unterstützung in der täglichen Routine angewiesen?

□ ja □ nein

Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Gehstock, Rollator oder Rollstuhl, um mobil zu sein?

□ ja und zwar: _____ □ nein

Können Sie aktuell 500 m, eventuell mit Hilfsmitteln, zurücklegen?

□ ja □ nein

Waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihren Schmerzen krankgeschrieben?

□ ja, und zwar insgesamt für ____ Wochen □ nein

Was ist Ihr Wunsch?

Behandlungsart?: □ stationär □ teilstationär

Wo?: □ im SRH Klinikum Zeitz □ im SRH Klinikum Naumburg

Vielen Dank für Ihre Angaben! Bitte fügen Sie dem Fragebogen noch Ihren aktuellen Medikamentenplan bei.

Nach der Auswertung Ihres Fragebogens werden wir uns zeitnah mit Ihnen in Verbindung setzen, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Sollten noch Fragen bestehen, werden wir diese gerne im Rahmen unseres nächsten Gesprächs klären. Wir freuen uns darauf, Sie bald unterstützen zu können.