

Patientenfragenbogen - Halswirbelsäule

Name: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte beantworten Sie uns im Vorfeld des ärztlichen Gesprächs und der Untersuchung die folgenden Fragen.

Haben Sie Schmerzen im Nacken-/Schulterbereich?

nein ☐

ja ☐

Schmerzstärke

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Haben Sie Schmerzen in den Armen, Händen oder Fingern?

LINKS nein ☐

ja ☐

Schmerzstärke

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

RECHTS nein ☐

ja ☐

Schmerzstärke

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Können Sie den Charakter der Schmerzen beschreiben?

dumpf ☐

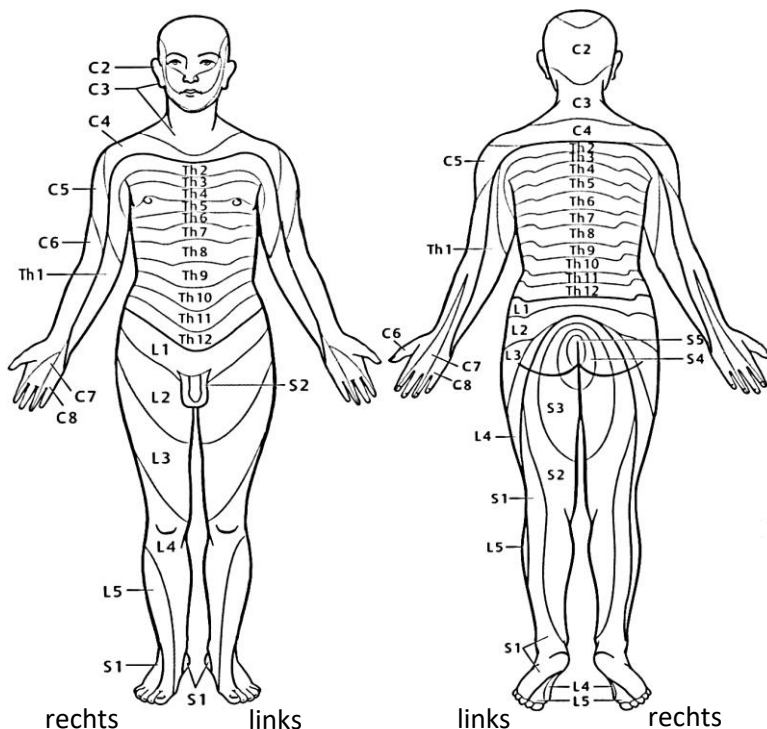
stechend ☐

elektrisierend ☐

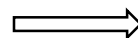
brennend ☐

sonstiges _____

Bitte zeichnen Sie in diesem Bild ein, wo genau Ihre Schmerzen sind.



bitte wenden



Zu welcher Tageszeit sind die Schmerzen am schlimmsten?

morgens nach dem Aufstehen ☐ über den Tag verteilt ☐ abends ☐

Wie häufig müssen wegen der Schmerzen Schmerzmedikamente einnehmen?

nie ☐ 2-3mal/Woche nach Bedarf ☐ täglich bei Bedarf ☐ regelmäßig nach Plan ☐

Wie lange haben Sie Ihre Schmerzen schon? _____

Ist Ihnen ein Schwächegefühl oder eine Lähmung des Armes oder der Hand/Finger aufgefallen?

nein ☐ ja ☐ seit wann? _____

Ist Ihnen ein Taubheitsgefühl oder ein Kribbeln des Armes oder der Hand/Finger aufgefallen?

nein ☐ ja ☐ seit wann? _____

Haben Sie Probleme mit feinmotorischen Tätigkeiten (z.B. Halten einer Kaffeetasse, Zuknöpfen von Hemden, Schreiben)?

nein ☐ ja ☐ seit wann? _____

Ist Ihnen eine Unsicherheit beim Laufen aufgefallen?

nein ☐ ja ☐ seit wann? _____

Sind Ihnen Blasenstörungen aufgefallen?

nein ☐ ja ☐ seit wann? _____

Sind Ihnen Störungen beim Stuhlgang aufgefallen?

nein ☐ ja ☐ seit wann? _____

Welche Therapien wurden bislang durchgeführt?

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|---|
| - keine | ☐ | | |
| - Krankengymnastik/Physiotherapie | ☐ | | |
| - Fango/Massage | ☐ | | |
| - Akupunktur | ☐ | | |
| - Infiltrationen („Spritzen“) | ☐ | ⇒ | PRT („Wurzelblockade“) ☐ |
| | | | Faetten (Gelenke) ☐ |
| - stationäre Schmerztherapie | ☐ | | |
| - Operationen | ☐ | | welche: _____ |

Sind Sie in spezieller schmerztherapeutischer Behandlung? nein ☐ ja ☐