

Allgemeine Information

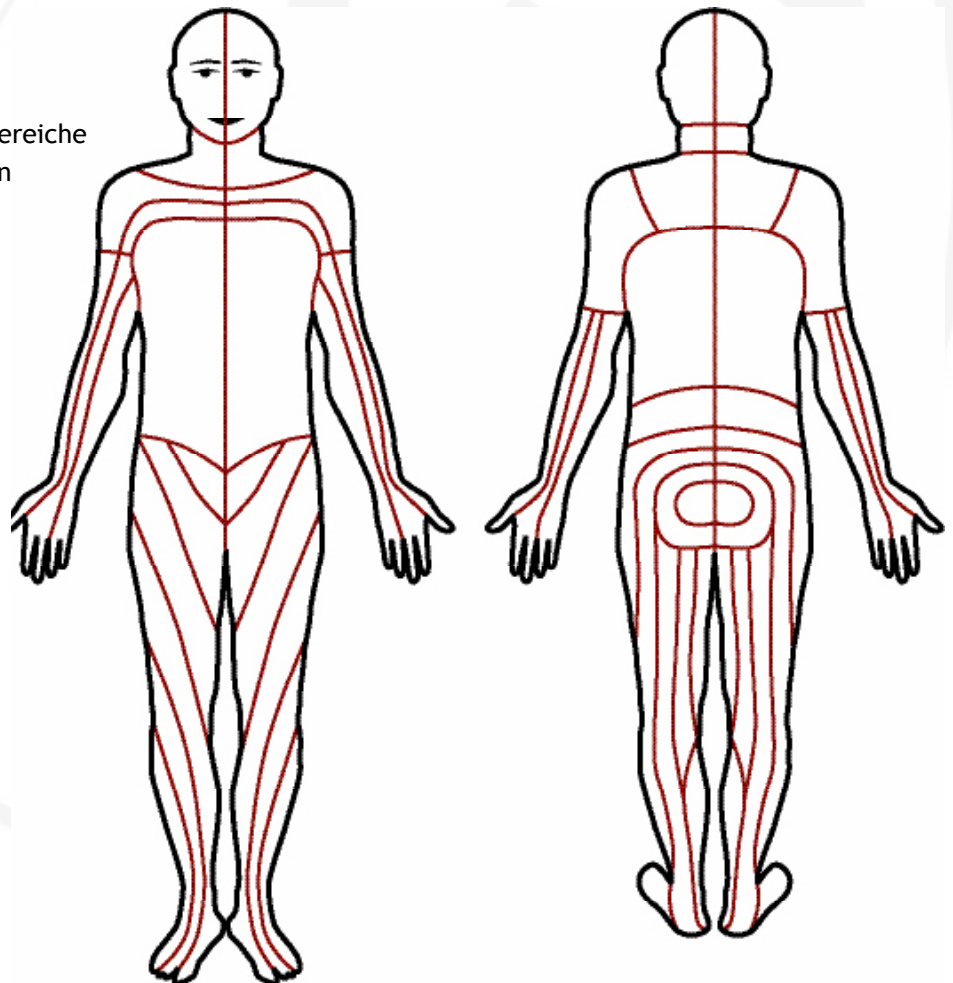
Vorname	Name
Geburtsdatum	
Straße	PLZ und Ort
Land	
Krankenversicherung <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich	Beihilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kontaktinformation

Telefon	Fax
Mobil	E-Mail

Ihre Schmerzzonen

Bitte markieren Sie die Körperbereiche
in denen die Schmerzen auftreten
und ausstrahlen



Fragen zu Ihren Beschwerden

Ich habe Bein/Rückenschmerzen seit

- Ich habe Schmerzen im Rücken links rechts nein
- Ich habe Schmerzen im Gesäß links rechts nein
- Ich habe überwiegend Schmerzen im Rücken im Bein gleich schlimm
- Durch Husten & Niesen wird es nicht schlimmer kaum schlimmer deutlich schlimmer
- Im Liegen habe ich keine Beschwerden kaum Beschwerden deutliche Beschwerden
- Beim Gehen habe ich keine Beschwerden kaum Beschwerden deutliche Beschwerden
- Beim Sitzen habe ich keine Beschwerden kaum Beschwerden deutliche Beschwerden
- Beim Stehen habe ich keine Beschwerden kaum Beschwerden deutliche Beschwerden
- Am schmerzvollsten ist es im Sitzen im Stehen
 beim Gehen beim Liegen

Durch welchen Anlass sind die Beschwerden eingetreten ? (Unfall, Heben etc.)

- Haben Sie Kraftminderung des Beines? ja nein
- Haben Sie Gefühlsminderung des Beines? ja nein
- Wurden Sie schon mal am Rücken operiert? ja nein

Wenn ja, was wurde gemacht und wann?

Welche Behandlungen wurden bisher für Ihre Rücken- und Beinschmerzen durchgeführt und mit welchem Ergebnis?

Fragen zu Ihren Beschwerden

Haben Sie vor Auftreten des Vorfalls Sport betrieben? ja

nein

Wenn ja, welche Sportarten?

Wünschen Sie einen Kostenvoranschlag? ja

nein

Bitte fügen Sie den Befundbericht der letzten Kernspintomographie (MRT) oder Computertomographie (CT) bei,

ohne diese Information kann keine Diagnose gestellt werden!
