

Formular: Ersterhebungsbogen



Patienten-Adressfeld

Datum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

für Ihre Behandlung ist es wichtig, dass der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin Ihre Beschwerden genau kennt. Von daher möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden und Ihr Befinden. Kreuzen Sie hierzu im Folgenden das Feld an, dass der Stärke des aufgeführten Symptoms am ehesten entspricht. Dies gilt auch für den Fall, dass Sie bereits Medikamente gegen die genannten Beschwerden einnehmen.

>> Bitte kreuzen Sie Ihre durchschnittliche Schmerzstärke an.											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kein Schmerz										Stärkster vorstellbarer Schmerz	

>> Bitte kreuzen Sie an, wie stark heute Ihre stärksten Schmerzen waren.											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kein Schmerz										Stärkster vorstellbarer Schmerz	

>> Bitte kreuzen Sie an, wie stark heute Ihre Beschwerden sind.				
Müdigkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwäche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

>> Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich heute fühlen.					
Befinden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

>> Bemerkungen				

>> Selbsterfassung war nicht möglich wegen:				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!