

# SCHMERZZEICHNUNG

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

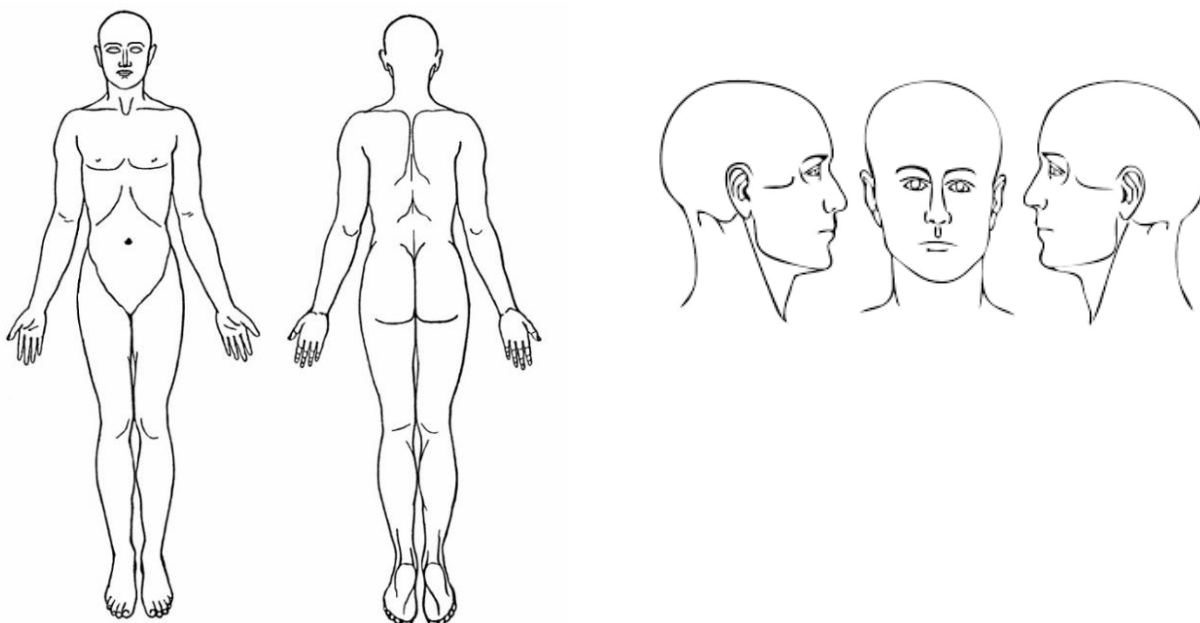


Liebe Patientinnen und Patienten,

um mehr über Ihre Beschwerden zu erfahren, bitten wir Sie in folgende Zeichnung die Lokalisation und ggf. Ausstrahlung Ihrer Beschwerden (z.B. Schmerz, Taubheitsgefühle, Pelzigkeit, Schwächegefühl, ...) einzuzeichnen. Bei mehreren Beschwerdeherden können Sie diese nummerieren und weiter unten separat beschreiben.

Ihrem Therapeuten/Ihrer Therapeutin hilft dies einen ersten Eindruck über Ihre individuellen Beschwerden zu erlangen. - Vielen Dank für Ihre Hilfe!

## Bitte Lokalisation der Beschwerden einzeichnen



### I) Stärke der Beschwerden

#### I.1) In Ruhe

Keine Beschwerden    ①    ②    ③    ④    ⑤    ⑥    ⑦    ⑧    ⑨    ⑩    unerträgliche Beschwerden

#### I.2) Bei Belastung

Keine Beschwerden    ①    ②    ③    ④    ⑤    ⑥    ⑦    ⑧    ⑨    ⑩    unerträgliche Beschwerden

Bei welcher Belastung tritt dies auf (z.B. Gehen, Treppensteigen, Nachts, Bücken, ...)?

---

---

### II) Qualität der Beschwerden

II.1) Wie fühlen sich die Schmerzen/Beschwerden für Sie an? (z.B. brennend, stechend, drückend, ziehend, ...)

---

---