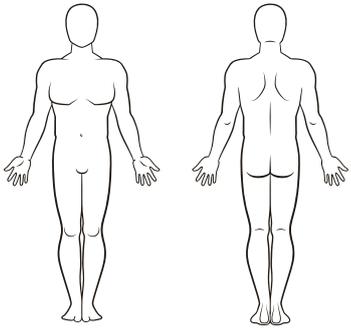


Unterstützung für den Arzt - Überblick Patienten-Beschwerden
 - Hilfe für Patienten zu Diagnose, Behandlung & Tipps

Datum	Vorname	Nachname	Geburtsdatum

1. Wie ist Ihr aktuelles Befinden?

Wo sitzt der Schmerz?



Nacken

oberer Rücken

unterer Rücken

Hüfte

Knie

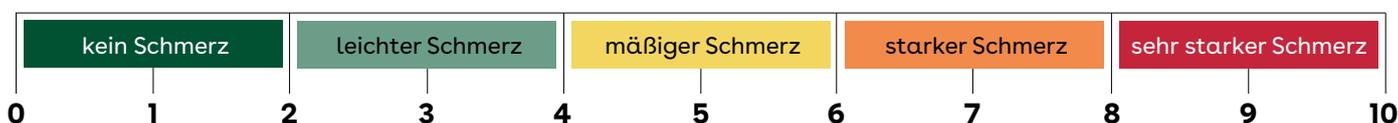
Wie lange bestehen die Schmerzen?

- seit wenigen Tagen (akut)
- seit ca. 2 - 6 Wochen
- seit ca. 6 - 12 Wochen
- schon länger als 12 Wochen

Beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten

(z. Bsp. bohrend, pochend, stechend?)

Wie stark ist der Schmerz?



2. Hinweise auf einen konkreten Auslöser für Ihre Schmerzen (bitte zutreffendes ankreuzen)

Ich habe mich verhoben	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich habe Osteoporose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich bin gestürzt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich habe Fieber, Schüttelfrost	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Die Schmerzen strahlen in die Beine aus, ich habe Gefühlsstörungen oder Lähmungserscheinungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Die Schmerzen treten nachts besonders stark auf	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich leide unter ungewolltem Gewichtsverlust oder Appetitlosigkeit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Weitere Hinweise zu meiner Gesundheit:		
- Übergewicht	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
- geringe körperliche Fitness	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
- Ich trinke regelmäßig Alkohol (mind. täglich)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
- Ich habe Stress und/oder bin im Moment besonders unzufrieden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
- Ich bin im Moment seelisch belastet und/oder leide an depressiven Verstimmungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Weitere Beschwerden bitte kurz beschreiben:

3. Wie beschreiben Sie Ihre berufliche Tätigkeit bzw. tägliche Beschäftigung?

- Überwiegend körperlich Ich bin überwiegend unterwegs, z. Bsp. im Auto/Zug
 Überwiegend im Sitzen, z.B. im Büro

4. Gibt es eine Vorgeschichte zum heutigen Arztbesuch?

- Wurden zu Ihren aktuellen Beschwerden bereits bildgebende Verfahren (Röntgen, Ultraschall, MRT etc.) durchgeführt? ja nein
- Wurden Sie bereits wegen Rückenschmerzen behandelt? ja nein
- Gibt es weitere Hinweise:

5. Welche Wünsche haben Sie an das Arztgespräch?

- Einfache Erklärung meiner Diagnose und anstehenden Behandlung
 Was kann ich als Patient selbst noch tun oder nutzen?
 Was noch: _____

6. Ergänzung durch Ärztin/Arzt

Diagnose

- akuter Rückenschmerz
 chronischer Rückenschmerz

Weitere Hinweise oder Begleiterkrankungen

Behandlungsplan

- Schmerzmedikation Überweisung an: _____
 Röntgen/MRT/CT Präventionskurs (Muster 36)
 Physiotherapie (Muster 13) Osteopathie (grünes Rezept/Unbedenklichkeit)
 Reha-Sport (Muster 56) _____

Was kann der Patient selbst bzw. zusätzlich tun?

- Spaziergang an der frischen Luft - täglich 20-30 min
 Bewegungsübungen - täglich
 Wärmebehandlung (heißes Bad, Wärmflasche, Rotlicht, Schmerzpunkt warmhalten ...)
 gezielter Muskelaufbau (Bewegungsangebote Krankenkasse, Yoga-Übungen ...)
 Entspannungsübungen (autogenes Training, Progressives Muskelentspannung, Achtsamkeit, Stressabbau) Abnehmen/ gesunde Ernährung (Obst, Gemüse, Ernährungskurs Krankenkasse ...)
 Alternative Heilmethoden (Akkupunktur, Osteopathie-Zuschuss Krankenkasse)
 Arbeitsplatz (mögliche Änderungen Bewegungsablauf, schweres Heben, Stressabbau ...)
 Sonstiges: _____

Nach dem Arztgespräch den Patientenleitfaden bitte dem Patienten mitgeben!

