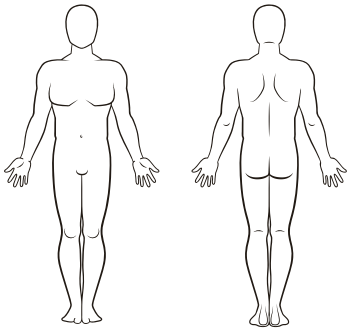


Unterstützung für den Arzt - Überblick Patienten-Beschwerden
- Hilfe für Patienten zu Diagnose, Behandlung & Tipps

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?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz		leichter Schmerz		mäßiger Schmerz		starker Schmerz		sehr starker 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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzmedikation | <input type="checkbox"/> Überweisung an: _____ |
| <input type="checkbox"/> Röntgen/MRT/CT | <input type="checkbox"/> Präventionskurs (Muster 36) |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie (Muster 13) | <input type="checkbox"/> Osteopathie (grünes Rezept/Unbedenklichkeit) |
| <input type="checkbox"/> Reha-Sport (Muster 56) | <input type="checkbox"/> _____ |

Was kann der Patient selbst bzw. zusätzlich tun?

- ☐ Spaziergang an der frischen Luft - täglich 20-30 min
☐ Bewegungsübungen - täglich
☐ Wärmebehandlung (heiße 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!

