

NOTWENDIGE INFORMATIONEN FÜR DIE PLANUNG IHRER SCHMERZBEHANDLUNG

Um die Ursache der Schmerzen zu verstehen, benötigen wir eine Übersicht ihrer Krankheitsgeschichte.

Dazu gehören:

- Erkrankungen: aktuelle sowie vergangene
- Bisherige Operationen
- Bisherige Verletzungen jeglicher Art
- Medikamente, die Sie aktuell einnehmen

Bitte listen Sie alle Ihre aktuellen und vergangenen Erkrankungen auf:

| Genauere Bezeichnung | Seit wann | Auswirkungen |
|-----------------------------|------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Bitte bringen Sie die relevanten Befunde mit. Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin sollte über diese verfügen.

Bitte listen Sie alle bisherigen Operationen auf:

| Genauere Bezeichnung | Wann | Nachwirkungen |
|-----------------------------|-------------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Bitte bringen Sie die relevanten Befunde mit. Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin sollte über diese verfügen.

Bitte listen Sie alle anderen bisherigen Verletzungen auf, die Spuren hinterlassen haben bzw. bis heute nachwirken (körperliche wie seelische):

| Genauere Bezeichnung | Wann | Nachwirkungen |
|-----------------------------|-------------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Bitte listen Sie alle Medikamente auf, die Sie zurzeit einnehmen:

Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin sollte über so eine fertige Liste verfügen. Alternativ füllen Sie bitte diese Liste der verschriebenen Medikamente aus.

| Name des Medikamentes | Dosis (z.B. in mg) | Wann wird es eingenommen? |
|------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Sollte es sie geben, bringen Sie bitte ergänzende Informationen schriftlich mit.

Vielen herzlichen Dank!