

Schmerzfragebogen Akupunktur und Traditionelle Chinesische Medizin

Schmerzlokalisierung: Wo sind die Beschwerden am deutlichsten wahrnehmbar?

Kopfschmerzlokalisierung: Wo entsteht der Kopfschmerz? Wohin strahlt er ggf. hinaus?

Wie ist der Schmerz? (Mehrfachnennung möglich)

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> dumpf | <input type="checkbox"/> brennend | <input type="checkbox"/> wie eine Klammer |
| <input type="checkbox"/> stechend | <input type="checkbox"/> krampfartig | <input type="checkbox"/> mit Steifigkeit |
| <input type="checkbox"/> pochend | <input type="checkbox"/> ziehend | <input type="checkbox"/> mit lokalem Schweregefühl |
| <input type="checkbox"/> bohrend | <input type="checkbox"/> drückend | <input type="checkbox"/> mit lokalem Schwächegefühl |

Wo ist der Schmerz?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Immer an einer Stelle | <input type="checkbox"/> wechselnde Stellen/wandernd | <input type="checkbox"/> kleine Stelle/punktuell |
| <input type="checkbox"/> große Fläche | | |

Intensität (1: wenig - 10: nicht aushaltbar)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Gibt es Begleitsymptome?

- | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lokale Schwellung | <input type="checkbox"/> Rötung | <input type="checkbox"/> Überwärmung |
| <input type="checkbox"/> Kältegefühl | | |

Wie häufig kommt der Schmerz?

Der Schmerz ist...

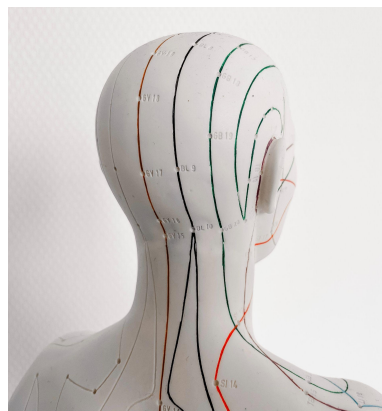
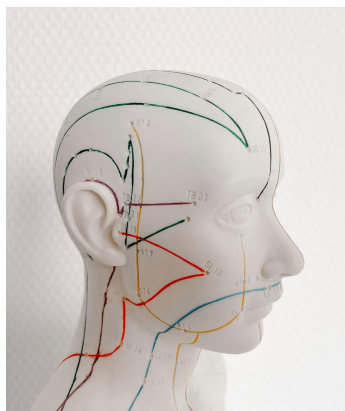
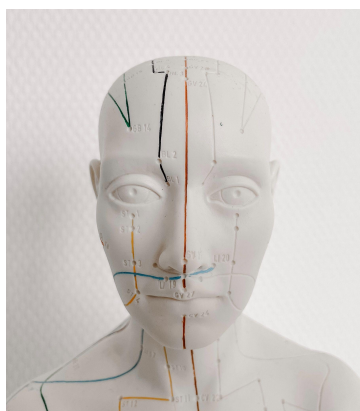
- immer da anfallsweise da dauerhaft mit Anfällen
 überwiegend nachts überwiegend am Tag Anlaufschmerz morgens oder nach Ruhe

Was beeinflusst den Schmerz?

	Linderung	Verschlechterung	Kein Einfluss
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kaltes Wetter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feuchtes Wetter/Regen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wind/Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärger, Wut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kopfschmerz Skizze:

Bitte zeichnen Sie Ihren Schmerz je nach Lokalisation ein.



Vielen Dank.