**FRAGEBOGEN**

**Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!**

**Sie waren bereits Patient/in unserer Gruppenpraxis für Orthopädie und wir bedanken uns für Ihr neuerliches Vertrauen. Um den optimalen Behandlungserfolg zu gewährleisten, bitten wir Sie, diesen Fragebogen leserlich auszufüllen.**

Ihr Name:

Vers.Nr./Geb.Datum:

◗ Unter welchen **Beschwerden** leiden Sie derzeit (wo, wie, seit wann)?

◗ **Schmerzqualität**: (z. B. stechend, ziehend, drückend, krampfartig)

◗ Welche **Medikamente** nehmen Sie derzeit ein?

◗ Markieren Sie bitte, in welchem Intensitätsbereich sich ihr Schmerz **D E R Z E I T** befindet:

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

kein Schmerz l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l heftigster Schmerz

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

◗ Hatten Sie **Operationen** bzw. **Erkrankungen** seit Ihrem letzen Besuch?

◗ Kennen Sie Ihre **Knochendichte**? [ ]  Ja [ ]  Nein

◗ Kennen Sie Ihren **BMI** (Body-Maß-Index)? [ ]  Ja [ ]  Nein

◗ Waren Sie in letzter Zeit bei der **Vorsorgeuntersuchung**? [ ]  Ja [ ]  Nein

Datum Unterschrift Patient/in