

Neuro-Pain: Praxis für Neurochirurgie und spezielle Schmerztherapie,
Steinbacher Hohl 4
60488 FRANKFURT am Main

S.1, Neuro-Pain: Spine & Pain Praxis | Anamnesebogen- neue Patienten, Datum:

Vorname: _____, Nachname: _____

Alter: _____ Geburtsdatum: _____ Männlich, Weiblich

Adresse: _____

Telefon: _____

Privat: _____ Geschäftlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Hauptsprache (falls nicht Deutsch): _____

Überweisung – Wen dürfen wir für die Überweisung an unsere Praxis danken?

Arzt Name: _____

Freund/Bekannter, Name: _____

Website (bitte angeben, welche): _____ Sonstiges: _____

Notfallkontakt: _____, Beziehung: _____

Telefon (privat): _____, Mobiltelefon: _____

Patientenverfügung: Keine.

Patientenverfügung (Living Will) Vorsorgevollmacht / Bevollmächtigter im Gesundheitswesen: _____

Familienstand: Ledig, Verheiratet, Verwitwet, Geschieden

Schulbildung – Höchster erreichter Bildungsabschluss: Postgraduiert, Hochschulabschluss, Highschool-Abschluss / GED, Sonstiges: _____

Beschäftigungsstatus: Vollzeit, Teilzeit, Rentner/in, Student/in. Hausfrau/-mann, Arbeitsunfähig / Behindert, Arbeitslos

Arbeitseinschränkungen: Ja, Nein

Beruf: _____

Name des Arbeitgebers: _____

Adresse: _____

Vorname (Initial): _____ Nachname: _____ *Fortsetzung*

S.2, Neuro-Pain: Spine & Pain Praxis | Anamnesebogen- neue Patienten, Datum:

Grund des Besuchs

Grund Ihres heutigen Besuchs:

Schmerzstärke (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz):

Aktuell: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Durchschnittlicher Schmerz im letzten Monat: _____, Stärkster Schmerz: _____,
Geringster Schmerz: _____

Beginn der Beschwerden

Wann haben die Symptome begonnen? Nach Operation, Erkrankung, Sturz, Autounfall, Arbeitsunfall / Datum: _____, Sonstiges: _____

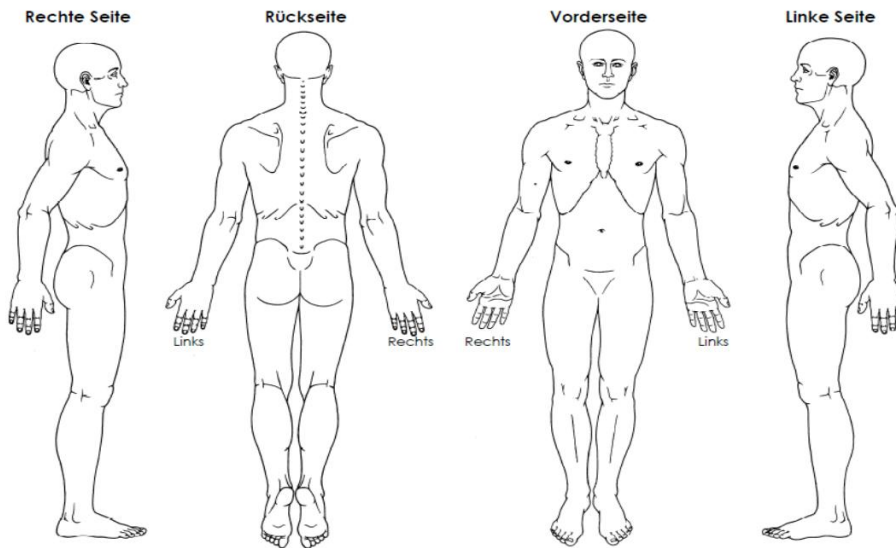
Schmerzlokalisierung & -charakter

Markieren Sie mithilfe der unten angegebenen Symbole die Bereiche Ihres Körpers, in denen Sie die beschriebenen Empfindungen verspüren. Bitte alle betroffenen Bereiche angeben.

Nackenschmerzen % _____ Armschmerzen % _____ Gesamt % _____

Rückenschmerzen % _____ Beinschmerzen % _____ Gesamt % _____

Symbole ☹️ *Dumpfer Schmerz: /////, Ziehen: +++++, Taubheitsgefühl - - - -, Kribbeln (Ameisenlaufen): ooooo, Brennen: xxxx, Stechend ooooo*



Vorname (Initial): _____ Nachname: _____ *Fortsetzung*

S.3, Neuro-Pain: Spine & Pain Praxis | Anamnesebogen für neue Patienten, Datum:

Schmerzcharakter (bitte alles Zutreffende ankreuzen): Dumpf / schmerzhaft, Taubheit / Kribbeln,
 Einschießend / stechend, Stechend / brennend / heiß, Pulsierend / pochend

Strahlen die Beschwerden aus? Ja Nein, Wenn ja, wohin?

Zusätzliche Symptome: Muskelkrämpfe, Steifheit, Juckreiz, Schwellung, Unruhige Beine (Restless Legs) Druckempfindlichkeit, Gleichgewichtsstörungen

Schmerzverlauf: Beginn der aktuellen Schmerzen: Allmählich, Plötzlich

Schmerzen treten auf: Gelegentlich, Dauerhaft, Morgens stärker, Nachts stärker
 Bei Aktivität stärker

Seit Beginn der Schmerzen: Zugenommen, Gleich geblieben, Abgenommen

Schmerzen verschlimmern sich bei: Ruhe, Aktivität, Wetterwechsel, Vorbeugen
 Rückbeugen, Husten / Niesen, Drehen, Überkopfarbeiten, Vom Sitzen zum Stehen, Kopfdrehen, Laufen, Treppensteigen, Liegen, Sitzen / Autofahren
 Heben, Stehen, Gehen, Sonstiges:

Schmerzlinderung durch: Ruhe, Aktivität, Kälte, Wärme Chiropraktische Behandlung, Lagewechsel, TENS, Bewegung, Massage, Injektionen:

Bisherige Behandlungen: Keine bisherigen Behandlungen der aktuellen Beschwerden

Behandlung	Hat geholfen (Ja/Nein)	Wann / Dauer	Einrichtung / Behandler
Akupunktur			
Bandage/Orthese			
Chiropraktik			
Injektionen			
Massage			
Physiotherapie			
TENS			
Sonstiges			

Fachärztliche Konsultationen:

Art der Konsultation	Arzt	Datum / Zeitraum
Wirbelsäulenchirurg		
Orthopäde		
Schmerztherapeut		
Neurologe		
Rheumatologe		
Podologe		
Psychiater		
Psychologe		

Vorname (Initial): _____ Nachname: _____ *Fortsetzung*

S.4, Neuro-Pain: Spine & Pain Praxis | Anamnesebogen- neue Patienten, Datum:

Medikamente & Diagnostik

Schmerzmedikamente (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

Frei verkäuflich:

Paracetamol , Aspirin, Ibuprofen, Pflaster, Cremes / Salben, Sonstiges:

Muskelrelaxantien:

Methocarbamol, Baclofen, Diazepam , Tizanidin, Pridinol

Neuropathische Schmerzmittel:

Gabapentin, Pregabalin, Duloxetin, Amitriptylin, Sonstiges:

Opioide:

Tilidin, Oxycodon, Hydromorphon, Morphin, Tramadol

Langwirksame Opioide: _____

Diagnostische Untersuchungen: Keine

Untersuchung	Körperregion	Datum	Einrichtung
Röntgen			
CT			
MRT			
Knochenscan / DEXA			
EMG / NLG			
Sonstiges			

Medizinische Vorgeschichte- Vorerkrankungen – bitte alle Erkrankungen ankreuzen, die bei Ihnen jemals diagnostiziert wurden

Allgemein / Internistisch: Demenz / Alzheimer, Krebs – Art: _____, Diabetes – Typ: _____, HIV / AIDS, Schilddrüsenunterfunktion, Schilddrüsenüberfunktion

Gastrointestinal (Magen-Darm)

Sodbrennen / Reflux (GERD), Stuhlinkontinenz, Leberzirrhose / Leberversagen
 Verstopfung, Morbus Crohn / Colitis ulcerosa, Reizdarmsyndrom (IBS) Magen-Darm-Blutung, Hepatitis – Typ: _____

Neurologisch

Multiple Sklerose, Neuropathie, Krampfanfälle / Epilepsie, Rückenmarksverletzung
 Schlaganfall / TIA

HNO / Augen / Kopf (HEENT)

Katarakt (Grauer Star), Glaukom (Grüner Star), Kopfschmerzen, Kopfverletzung – Wann?

Muskuloskelettal

Amputation / Phantomschmerzen, Karpaltunnelsyndrom, Kompressionsfraktur(en)
 Bindegewebserkrankung, Fibromyalgie

Vorname (Initial): _____ Nachname: _____ Fortsetzung

S.5, Neuro-Pain: Spine & Pain Praxis | Anamnesebogen- neue Patienten, Datum:

Herz-Kreislauf: Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen
 Bluthochdruck, Erhöhte Cholesterinwerte, Periphere Gefäßerkrankung

Urogenital / Nieren: Blasen- / Niereninfektionen, Chronische Nierenerkrankung, Dialyse,
 Nierensteine Prostatavergrößerung, Harninkontinenz

Rheumatologisch / Orthopädisch: Gicht, Gelenkerkrankung / Arthrose, Osteoporose – Wann?
_____ Rheumatoide Arthritis

Psychiatrisch: Angststörung, Bipolare Störung, Depression, Schizophrenie,
Substanzmissbrauch,

Hämatologisch: Anämie, Blutgerinnungsstörung, Thrombose / Blutgerinnsel

Respiratorisch: Asthma, Bronchitis, Emphysem / COPD, Sinusitis, Schlafapnoe,
Tuberkulose

Sonstige Erkrankungen:

Aktuelle Medikamente

Bitte listen Sie **alle derzeit eingenommenen Medikamente** auf, einschließlich frei verkäuflicher
Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel und Vitamine (bei Bedarf zusätzliches Blatt verwenden)

Medikament	Dosierung	Häufigkeit

Vorname (Initial): _____ Nachname: _____ *Fortsetzung*

S.6,Neuro-Pain: Spine & Pain Praxis | Anamnesebogen für neue Patienten, Datum:

Blutverdünner (Antikoagulanzen) Bitte alle derzeit eingenommenen Medikamente ankreuzen:

Keine Blutverdünner, Aggrenox, Lovenox, Coumadin (Warfarin), Plavix, Effient, Pradaxa, Eliquis, Xarelto, Sonstige: _____

Medikamentenallergien: Keine bekannten Medikamentenallergien

Medikament Reaktion:

Besteht eine Allergie gegen: Betadine / Jod, Latex, IV-Kontrastmittel / Farbstoffe, Schalentiere, Pflaster / Klebeband

Frühere Operationen: Ich hatte bisher keine Operationen

Bauchoperationen: Appendektomie, Gallenblasenentfernung, Aneurysmreparatur

Herz / Gefäße: Herzoperation, Koronarbypass, Stent-Implantation, Klappenersatz, GefäßöP.

Wirbelsäule / Rücken:

Bandscheibenoperation (Etagen): _____, Laminektomie _____
 Wirbelsäulenversteifung (Etagen): _____

Gynäkologische Operationen: Kaiserschnitt, Hysterektomie, Laparoskopie

Weitere häufige Operationen: Hämorrhoiden-OP, Hernienoperation, Gelenkoperation(Hüfte Knie Schulter), Eierstock, Schilddrüsenentfernung, Tonsillektomie

Weitere Operationen (mit Datum):

Familienanamnese

Keine relevanten familiären Erkrankungen, Adoptiert – keine Familienanamnese bekannt, Angststörung / Depression, Arthritis, Krebs, Herzerkrankung / Schlaganfall, Kopfschmerzen, Bluthochdruck, Nierenerkrankungen, Lebererkrankungen, Rheumatoide Arthritis, Krampfanfälle, Diabetes, Substanzmissbrauch

Sozialanamnese

Alkoholkonsum: Nie, Gelegentlich, Sozial, Täglich, Vorgeschichte von Alkoholabhängigkeit
Rauchen / Tabakkonsum: _____

Drogenkonsum:

Aktueller Konsum, Früherer Konsum, Ich habe nie illegale Drogen konsumiert
 Aktuell illegale Drogen (bitte auflisten):
 Aktuelle Einnahme fremder verschreibungspflichtiger Medikamente:
 Früherer illegaler Drogenkonsum (nicht aktuell):
 Früherer Missbrauch von Betäubungs- oder verschreibungspflichtigen Medikamenten:
 Entzugsbehandlung / Detox-Programm: _____

Vorname (Initial): _____ Nachname: _____ *Fortsetzung*

S.7, Neuro-Pain: Spine & Pain Praxis | Anamnesebogen- neue Patienten, Datum:

Systemanamnese

Allgemein: Schüttelfrost / Nachtschweiß, Schlafstörungen, Neigung zu blauen Flecken, Fieber, Gewichtsverlust, Gewichtszunahme

Endokrin: Müdigkeit / geringe Energie, Hitze-/Kälteintoleranz, Vermehrter Durst, Niedrige Libido

Urogenital: Häufiges Wasserlassen, Inkontinenz, Schmerzen beim Wasserlassen, Beckenschmerzen

Herz / Lunge: Brustschmerzen, Atemnot, Herzklopfen, Ödeme / Schwellungen der Füße

Neurologisch: Schwindel, Benommenheit, Kopfschmerzen, Schwäche, Gleichgewichtsstörungen Gedächtnisverlust, Taubheit / Kribbeln, Krampfanfälle

Augen / Ohren / Nase / Hals: Allergien / Schnupfen, Hörminderung, Ohrenschmerzen / Ohrgeräusche Nasenbluten, Sehstörungen, Wiederkehrende Halsschmerzen Nebenhöhlenprobleme

Gastrointestinal: Verstopfung, Durchfall, Übelkeit / Erbrechen, Reflux

Psychiatrisch: Angst / Stress, Depressive Stimmung, Halluzinationen, Suizidgedanken Suizidplanung

Global Pain Scale (Globale Schmerzskala): Bitte geben Sie für jede Frage Ihre Schmerzstärke auf einer Skala von **0 bis 10** an.

A) Ihr Schmerzerleben (0 = kein Schmerz, 10 = extrem starke Schmerzen)

Mein aktueller Schmerz: _____

Mein geringster Schmerz in der letzten Woche: _____

Mein stärkster Schmerz in der letzten Woche: _____

Mein durchschnittlicher Schmerz in der letzten Woche: _____

Mein durchschnittlicher Schmerz in den letzten 3 Monaten: _____ //Summe Gruppe A: _____

B) Ihre Gefühle in Bezug auf den Schmerz (0 = stimme überhaupt nicht zu, 10 = stimme voll zu)

Angst, Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, Nervosität, Stress //Summe Gruppe B: _____

C) Auswirkungen der Schmerzen in der letzten Woche

Schlafprobleme, Schwierigkeiten, sich wohlfühlen, Weniger selbstständig

Arbeits- oder Alltagsaktivitäten nicht möglich, Einnahme von Schmerzmedikamenten erforderlich,

//Summe Gruppe C: _____

D) In der letzten Woche war ich NICHT in der Lage:

Einkaufen zu gehen

Hausarbeit zu erledigen

Soziale Kontakte zu genießen

Sport zu treiben (inkl. Gehen)

Hobbys oder Freizeitaktivitäten nachzugehen, **Summe Gruppe D:** _____

Gesamtpunktzahl: _____

Unterschrift der/des Patientin/Patienten: _____