

## Verlaufsdokumentation Akupunkturbehandlung

- zum Schluss der Behandlungsserie -

Praxisstempel

.....  
Vorname, Name

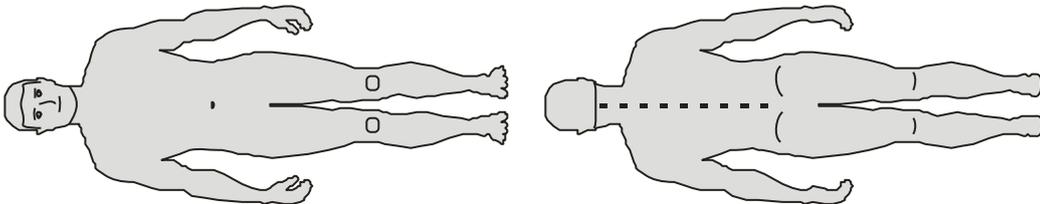
Geburtsdatum .....

Datum der Dokumentation

- Verlaufsdokumentation -

**Fragen 11 bis 16 vom Patienten zu beantworten**

**11.) Lokalisation des Schmerzes** – wo empfindet der Patient den Schmerz?



**12.) Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung ?**

Gar nicht zufrieden 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 sehr zufrieden

**13.) Stärke des Hauptschmerzes ?**

Keine Schmerzen 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 stärkste vorstellbare Schmerzen

**14.) Schmerzhäufigkeit** – wie oft tritt der Schmerz auf ?

mehrmals täglich,  täglich,  wöchentlich,  monatlich,

**15.) Wie stark beeinträchtigt der Schmerz die Alltagstätigkeiten ?**

überhaupt nicht,  wenig,  deutlich,  stark ,  völlig.

**16.) Wie stark beeinträchtigt der Schmerz die Stimmung ?**

überhaupt nicht,  wenig,  deutlich,  stark ,  völlig.

**Vom Arzt auszufüllen**

**Abschlussuntersuchung** (kann mit letzter Akupunktur identisch sein) **am:**

Ort, Datum

Unterschrift