



„Ich finde im Menschen ein vollständiges Universum“  
(Dr. Still, Begründer der Osteopathie)

## Schmerzfragebogen

Titel: ..... Familienname: ..... Vorname: .....  
 Adresse: .....  
 PLZ: ..... Ort: .....  
 Tel.: ..... Mobil: .....  
 Vers.nr.: ..... Geb.dat.: ..... Vers.Anst.: ..... Geschlecht: W  M   
 Beruf: ..... Familienstand: ledig /verh./ gesch. /verw.  
 Beschäftigt bei, Ort: ..... Email: .....

1. Wo haben Sie Schmerzen?

.....

2. Es geht bei mir nicht um Schmerzen, sondern um andere Beschwerden, bzw. neben Schmerzen habe ich noch andere Beschwerden:

Art der Beschwerde	Seit wann

3. Womit könnten Ihre Beschwerden zusammenhängen?

.....  
 .....

4. Sind es ausstrahlende Schmerzen?

JA  NEIN

Wenn ja, von wo bis wohin? .....

5. **Wie können Sie den Schmerz beschreiben? (Bitte kreisen Sie die nachfolgenden Beschreibungen ein)**

*Ziehen/ stechend/ drückend/ kribbelnd/ krampfartig/ dumpf/ brennend/ schneidend/ klopfend/ beißend/ bohrend*

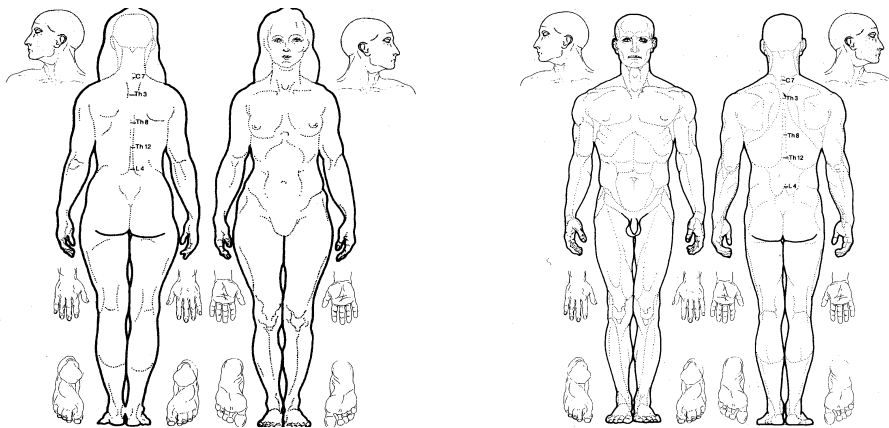
Wie sonst?.....

6. **Bitte zeichnen Sie auf der untenstehenden Linie die STÄRKE Ihrer derzeitigen Schmerzen an: (0= kein Schmerz – 10= höchster Schmerz)**

\_\_\_\_\_

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. **Bitte zeichnen Sie den Hauptsitz Ihrer Schmerzen und dessen Ausstrahlung an:**



8. **Wie oft treten Schmerzen auf?**

.....

9. **Wie treten Schmerzen auf?**

*anfallsartig/dauernd*

10. **Wie lang dauert der Schmerz an?**

.....

11. **Seit wann leiden Sie an diesen Schmerzen?**

.....

12. **Haben die Schmerzen in letzter Zeit zugenommen?**

JA  NEIN

**Wenn ja, seit wann?**

.....

13. **Wann sind Ihre Schmerzen am stärksten?**

*tagsüber / nachts*

14. Besteht ein Zusammenhang mit körperlicher Aktivität, oder unter anderen Umständen?

JA  NEIN

Wenn ja, bei welchen?

.....

15. Verstärken sich die Schmerzen bei lang anhaltenden Positionen, wie z.B. bei langem Sitzen, oder langem Stehen?

JA  NEIN

16. Betreiben Sie regelmäßig Sport?

JA  NEIN

Wenn ja, welchen?

.....

17. Welchen Hobbys gehen Sie regelmäßig nach?

.....

18. Leidet jemand in Ihrer Familie unter Schmerzzuständen?

.....

19. Verschlechtern sich Ihre Schmerzen wetterabhängig?

JA  NEIN

20. Welche wichtigen Operationen hatten Sie bereits? Wann?

Operation	Jahr	Bemerkungen

21. An welche Unfälle können Sie sich erinnern (auch jene, die lange her sind, sind für uns relevant)?

Unfall	Jahr	

**22. Haben oder hatten sie jemals Krankheiten an folgenden Organen?**

Organ	Ja	Nein	Bemerkungen
Herz			
Gehirn			
Lunge			
Schilddrüse			
Gelenke			
Magen/Darm			
Leber			
Nieren			
Sonstiges			

**22a. Haben oder hatten sie jemals folgende Krankheiten? Zutreffendes bitte ankreuzen:**

Krankheit	Ja	Nein	Bemerkungen
Rheuma			
Zuckerkrankheit			
Bluthochdruck			
Psyche			
Infektionskrankheiten			
Rheuma			
Sonstiges			

**23. Führen sie Ihre Schmerzen auf ein besonderes Ereignis zurück? (Krankheit, Schicksalsschlag, Operation, Unfall, seelische Belastung, Schwangerschaft, schwierige Geburt,....)**

.....

**24. Rauchen Sie?**

- Noch nie
- Früher, Nichtraucher seit
- Ja, seit / Wie viel? .....
- Ich möchte aufhören

25. **Wie ist Ihr Schlaf?** *Keine Beeinträchtigung/ Einschlafprobleme/ Durchschlafprobleme/ Schmerz reißt mich aus dem Schlaf*

26. **Welche Medikamente nehmen Sie ein? Seit wann? Wie oft? Welche Medikamente der Liste haben Sie gut, oder weniger gut vertragen?**

Medikament	Seit wann?	Wie oft	Gut vertragen	Schlecht vertragen	Bemerkungen

27. **Besteht eine Unverträglichkeit, oder Allergie gegen ein Medikament, oder Nahrungsmittel?**

.....

28. **Wie können Sie Ihre Schmerzen lindern?**

*Gar nicht/ Medikamente/ Wärme/ Kälte/ Bewegung/ draufdrücken/ ruhigstellen/ einnehmen einer bestimmten Körperstellung*

Wie sonst?.....

29. **Beziehen Sie eine Pension, oder läuft ein Pensionsverfahren?**

JA  NEIN

Wenn ja, wie lange?.....

30. **Waren Sie wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig, bzw. konnten Ihrer Hausarbeit nicht nachgehen?**

JA  NEIN

Wenn ja, wie lange?.....

31. **Welche Ärzte, Krankenhäuser, Ambulanzen, Institute haben Sie bezüglich Ihrer Schmerzen schon aufgesucht? (z.B. Hausarzt, Orthopäde, Chiropraktiker,...)**

.....

32. **Welche Schmerzbehandlung bzw. Methode wurde durchgeführt?**

.....

**33. Sind die Schmerzen dadurch verstärkt/ verringert/ ausgeschalten worden?**

Behandlung/ Methode/ Operation	Verstärkt	Verringert	ausgeschalten

**34. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

*Freunde/ Bekannte/ Angehörige/ Homepage/ Internet*

Sonstiges: .....

**35. Wie haben Sie sich Ihre Behandlung hier bei uns vorgestellt und wie können wir Ihnen helfen?**

.....

**36. Für Frauen: Fragen zu Ihrer Gesundheit (optional)**

Frage	Ja	Nein	Bemerkungen
Nehmen Sie die Pille?			
Ist Ihre Regelblutung regelmäßig?			
Leiden Sie während der Periode unter starken Unterleibsschmerzen?			
Leiden Sie während der Periode unter starken Rückenschmerzen?			
Sind Sie während der Periode mies gelaunt?			
Sind Sie zurzeit schwanger?			
Stillen Sie zurzeit?			
Hatten Sie bereits Schwangerschaften? Wenn ja, wie viele?			
Wie haben Sie die Schwangerschaft erlebt?			
Wie viele Geburten hatten Sie bereits?			

Hatten Sie bei Geburten eine Sectio (Kaiserschnitt)? Wenn ja, wie viele?			
Wie haben Sie die Geburten Ihrer Kinder erlebt?			
Hatten Sie eine schwierige Geburt?			
Sonstige Bemerkungen:			

**37. Sonstige Mitteilungen, oder Fragen die Ihnen am Herzen liegen?**

.....

.....

.....

.....

.....

*„Der Mensch ist viel mehr als die Summe seiner Teile. Ein Mensch ist eine Einheit aus Körper, Seele und Geist.“*

**(OA Dr. Selim MSc, Neurologe und Osteopath, 2016)**

Vielen Dank für Ihre Mühe, es ist uns ein Anliegen Sie ganzheitlich zu behandeln!

Wenn Sie diesen Fragebogen daheim ausfüllen, nehmen Sie ihn bitte zu Ihrem Ersttermin mit, faxen, oder mailen Sie ihn uns.

Fax: 01/36 70 700-7, E-Mail: office@stz.at

**Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen mindestens 24 Stunden davor telefonisch abzusagen.**

**Unterschrift des Patienten:**

*„Ihr Weg zu einem schmerzfreien Leben hat hier und jetzt begonnen!“*

**(OA Dr. Selim MSc, Neurologe und Osteopath, 2016)**

## **Einwilligung zu DSGVO 2018**

Wir, Schmerztherapie- und Osteopathie-Zentrum Döbling verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, die unter folgende Datenkategorien fallen:

- Name
- Anschrift
- Kontaktdaten
- Bankverbindung
- Korrespondenz/Anfragen
- Gesundheitsdaten und Befunde
- SV-Nummer
- Dienstgeber

Sie haben uns Daten über sich freiwillig zur Verfügung gestellt und diese werden auf Grundlage Ihrer Einwilligung zu folgenden Zwecken verarbeitet:

- Patientenverwaltung und Verwaltung von Gesundheitsdaten
- Honorarabrechnung
- Rücksprache mit behandelnden Ärzten, Einsicht in die ärztliche Dokumentation
- Einsicht Arztbefunde
- Dienstleistungserfüllung
- Therapieerfolg

Die von Ihnen bereit gestellten Daten sind weiters für die Patientenbetreuung erforderlich.

Diese Vereinbarung ist auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Speicherfrist: es gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Rechtmäßigkeit: es gelten die Bestimmungen gemäß § 6 des Datenschutzgesetzes.

Ihre Daten werden bei Bedarf an folgenden Empfänger weitergegeben:

- Steuerberater: zwecks Buchhaltung
- Ärzte und medizinisches Fachpersonal: zwecks Rücksprache und Zweitmeinung
- Zusatzversicherungsinstituten: zwecks Anfrage Rückerstattung

Wir verpflichten uns, alle nicht allgemein zugänglichen oder bekannten Informationen, insbesondere Informationen über den Gesundheitsdaten, die wir uns bei unserer Tätigkeit für die Patienten aneignen, streng vertraulich zu behandeln, auch über die Dauer der Therapie unbefristet hinaus.

Sie können diese Einwilligung jederzeit widerrufen. Ein Widerruf hat zur Folge, dass wir Ihre Daten ab diesem Zeitpunkt zu oben genannten Zwecken nicht mehr verarbeiten.



**Rechtsbehelfsbelehrung:**

Ihnen stehen grundsätzlich die Rechte auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung und Widerspruch zu. Dafür wenden Sie sich an mich. Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in einer Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der Aufsichtsbehörde beschweren. In Österreich ist die Datenschutzbehörde zuständig.

---

Vor- und Zuname

---

Ort/Datum

---

Unterschrift

**Information betreffend Rechnungserstellung:**

Liebe Patientinnen, liebe Patienten!

Bitte geben Sie uns unbedingt VOR Rechnungserstellung alle für uns notwendigen Informationen betreffend Besonderheiten bekannt, denn wir weisen höflich darauf hin, dass im Nachhinein KEINE Rechnungskorrekturen mehr durchgeführt werden können.

Wir bitten um Ihr Verständnis

Ihr  
STZ-Team

Zur Kenntnis genommen:

---

Vor- und Zuname

---

Ort/Datum

---

Unterschrift