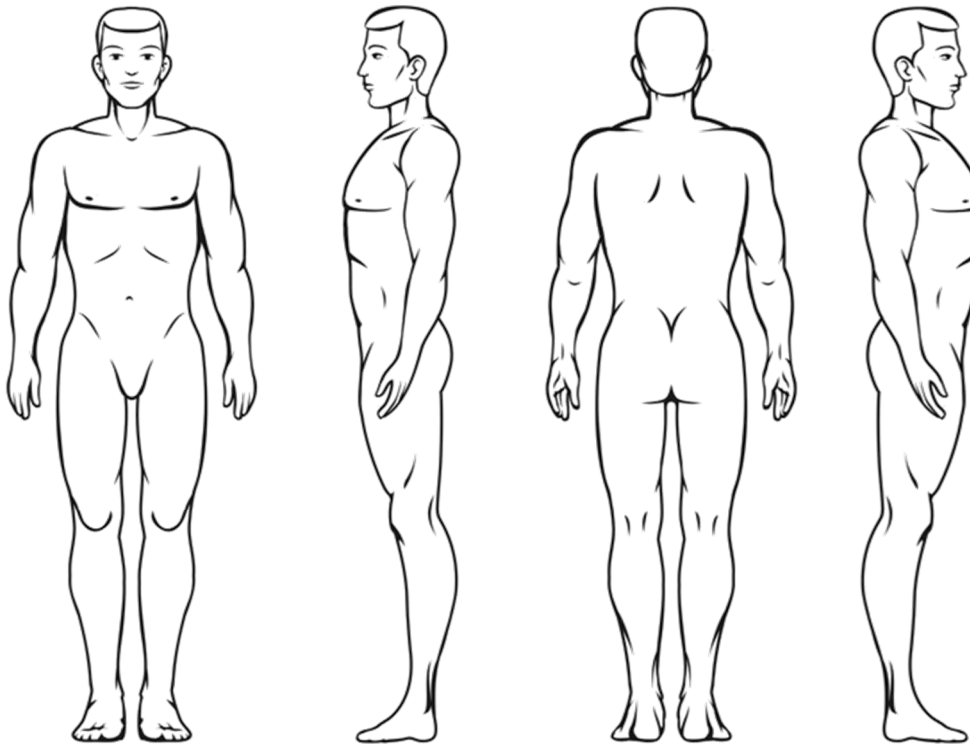




Anamnesebogen für Patienten

Name: Vorname: Datum

Bitte zeichnen Sie ein, wo Sie Ihre Schmerzen haben. Bitte kennzeichnen Sie das Schmerzgebiet durch Schraffierung mit Kugelschreiber oder Farbstiften.



Schmerz – Reduktionstraining

Gordon Juhr, Güterfelder Str. 3, 14532 Stahnsdorf



Seit wann bestehen die Schmerzen?											
Was verstärkt den Schmerz oder löst ihn aus?											
Wann tritt der Schmerz am häufigsten auf?											
Wie stark sind die Schmerzen bei einer Skala v. 1-10?		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)

Herzlichen Dank für Ihre Mühe.