

Feedback

Name Vorname Geburtstag

STATUS IHRER AKTUELLEN BEHANDLUNG

Welche Beschwerden traten vor der letzten Behandlung auf, wo und was verbesserte sich / verschwand nach Ihrer letzten Behandlung bei uns?
Bitte geben Sie dazu jeweils ihre individuelle Schmerzstärke in Zahlen von 1 – 10 an (0 = schmerzfrei, 10 = maximaler Schmerz) an.

ABSCHNITT 1

IHRE SCHMERZEN HABEN SICH VERBESSERT?

Falls eine Verbesserung Ihrer Schmerzen eingetreten ist, füllen Sie bitte diesen Abschnitt 1 aus. Füllen Sie ansonsten bitte nur Abschnitt 2 aus.

> Schmerzen <u>vor</u> der letzten Behandlung				Verbesserung <u>nach</u> der letzten Behandlung		
Schmerzort / Körperregion	rechts	mittig	links	Schmerzstärke	Schmerzstärke	besser seit wann?
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ABSCHNITT 2

IHRE SCHMERZEN HABEN SICH NICHT VERBESSERT?

Füllen Sie bitte diesen Abschnitt 2 aus, wenn sich Ihre Schmerzen nur geringfügig oder gar nicht verbessert haben.

> Schmerzen <u>vor</u> der letzten Behandlung				Zustand <u>nach</u> der letzten Behandlung	
Schmerzort / Körperregion	rechts	mittig	links	Schmerzstärke	Schmerzstärke
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FRAGEN, WÜNSCHE ...

.....

