



Persönliche Daten:

Name:		Geburtsdatum:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Adresse:	
Mobiltelefon:		Telefon:	
Hausarzt:		e-mail:	

Schmerzbezogene Diagnosen:

F45.41 F32.x/F33.x somatische Diagnostik abgeschlossen Suchterkrankung:

Vorerkrankungen:

Medikation:

Sonstige Informationen:

Selbständige Körperpflege:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	selbständige Mobilität > 150 m in der Ebene:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Selbständiger Toilettengang:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ausreichende Sprachkenntnisse:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewicht > 130 kg:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Multiresistenter Keim bekannt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Gehstock/UAGST <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> nCPAP-Gerät		