

Allgemeine Information/ Общая информация

Vorname/Имя _____

Name/Фамилия _____

Geburtsdatum/ Дата рождения _____

Strasse/ Улица _____

PLZ und Ort/ Индекс, город _____

Land/ Страна _____

Krankenversicherung/ Медицинская страховка

privat/ частная gesetzlich/
государственная

Beihilfe/ Льготы

Ja/ Да Nein/ Нет

Kontaktinformation/ Контактные данные

Telefon/ Телефон _____

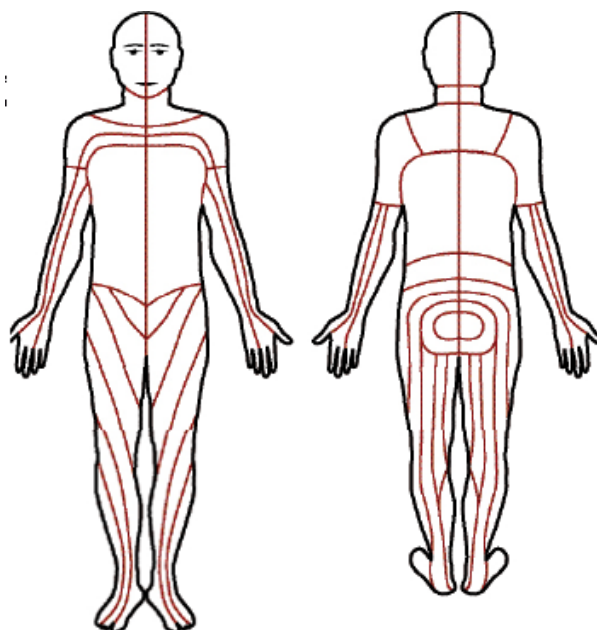
Fax/ Факс _____

Mobil/ Моб. _____

E-Mail/ Эл. почта _____

Ihre Schmerzzonen/Ваши болевые зоны

Bitte markieren Sie die Körperbereiche, in denen die Schmerzen auftreten und ausstrahlen/ Пожалуйста, отметьте области тела, в которых наблюдаются болевые ощущения, а также иррадирующие боли



Боли в шейном отделе позвоночника. Анамнез/
Anamnese-Formular Halswirbelsäule

Стр. 2 из 2/ Seite 2 von 2

Факс: +49 (0)89 1500 166-29

Ich habe Schmerzen seit/ Я ощущаю боли в течение ... _____

Die Schmerzen werden verschlimmert durch/ Боли ухудшаются из-за ... _____

Zu einer Linderung der Schmerzen führt/ К снижению боли приводит ... _____

- | | | | |
|--|--|---|--|
| Ich habe überwiegend/ В основном я ощущаю боли в | <input type="checkbox"/> Nackenschmerzen/
затылке | <input type="checkbox"/> Armschmerzen/
руке | <input type="checkbox"/> gleich
schlimm/
beiden Händen |
| Ich habe Schmerzen im Arm/ Я ощущаю боли в руке | <input type="checkbox"/> links/ слева | <input type="checkbox"/> rechts/ справа | <input type="checkbox"/> nein/ нет |
| Ich habe nachts Schmerzen/ Я ощущаю боли ночью | <input type="checkbox"/> oft/ часто | <input type="checkbox"/> selten/ редко | <input type="checkbox"/> keine/
nie |
| Die Schmerzen nehmen zu beim Kopfdrehen nach/ Боли усиливаются при повороте головы | | <input type="checkbox"/> links/ на лево | <input type="checkbox"/> rechts/ на право |
| Die Schmerzen nehmen zu beim/ Боли усиливаются при | <input type="checkbox"/> vornüberbeugen/
nach vorne gebeugt | <input type="checkbox"/> nach hinten strecken/
nach hinten gebeugt | <input type="checkbox"/> beim vollen Ausstrecken/
vollständiges Ausstrecken |
| Ich habe Kopfschmerzen / У меня болит голова | <input type="checkbox"/> oft/ часто | <input type="checkbox"/> selten/ редко | <input type="checkbox"/> keine/
nie |

Folgende Therapien wurden bisher durchgeführt mit dem Ergebnis/ До настоящего времени были проведены следующие обследования, на основании которых были получены следующие результаты _____

Das Ergebnis der letzten Kernspintomographie (MRT) oder Computertomographie (CT)/ Результат последнего обследования MPT или KT _____

Bitte fügen Sie sofern vorhanden weitere Informationen und Befunde bei/ Дополнительную информацию, а так же результаты других обследований просьба указать здесь _____