

## Allgemeine Information/ Общая информация

Vorname/Имя \_\_\_\_\_

Name/Фамилия \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/ Дата рождения \_\_\_\_\_

Strasse/ Улица \_\_\_\_\_

PLZ und Ort/ Индекс, город \_\_\_\_\_

Land/ Страна \_\_\_\_\_

Krankenversicherung/ Медицинская страховка

Beihilfe/ Льготы

privat/ частная

gesetzlich/  
государственная

Ja/ Да

Nein/ Нет

## Kontaktinformation/ Контактные данные

Telefon/ Телефон \_\_\_\_\_

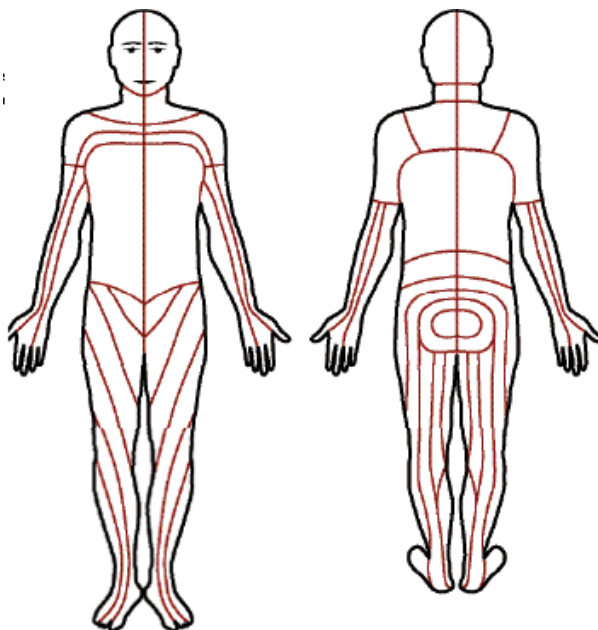
Fax/ Факс \_\_\_\_\_

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



Я ощущаю боли в спине/ногах уже / Ich habe Bein/Rückenschmerzen seit \_\_\_\_\_

У меня болит спина/ Ich habe Schmerzen im Rücken	<input type="checkbox"/> слева/ links	<input type="checkbox"/> справа/ rechts	<input type="checkbox"/> нет/ nein
У меня болит таз/ Ich habe Schmerzen im Gesäß	<input type="checkbox"/> слева/ links	<input type="checkbox"/> справа/ rechts	<input type="checkbox"/> нет/ nein
В основном я ощущаю боли / Ich habe überwiegend Schmerzen	<input type="checkbox"/> в спине/ im Rücken	<input type="checkbox"/> в ногах/ im Bein	<input type="checkbox"/> в спине и в ногах/ gleich schlimm
При кашле и чихании боли становятся /Durch Husten & Niesen wird es	<input type="checkbox"/> не усиливаются/ nicht schlimmer	<input type="checkbox"/> немного усиливаются/ kaum schlimmer	<input type="checkbox"/> значительно/ deutlich schlimmer
В положении «лежа» боли/ Im Liegen habe ich	<input type="checkbox"/> отсутствуют/ keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> незначительные/ kaum Beschwerden	<input type="checkbox"/> усиливаются/ deutliche Beschwerden
Во время ходьбы боли/ Beim Gehen habe ich	<input type="checkbox"/> отсутствуют/ keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> незначительные/ kaum Beschwerden	<input type="checkbox"/> усиливаются/ deutliche Beschwerden
В положении «сидя» боли/ Beim Sitzen habe ich	<input type="checkbox"/> отсутствуют/ keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> незначительные/ kaum Beschwerden	<input type="checkbox"/> усиливаются/ deutliche Beschwerden
В положении стоя боли/ Beim Stehen habe ich	<input type="checkbox"/> отсутствуют/ keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> незначительные/ kaum Beschwerden	<input type="checkbox"/> усиливаются/ deutliche Beschwerden
Наиболее выражена боль / Am schmerzvollsten ist es	<input type="checkbox"/> в положении «сидя»/ im Sitzen	<input type="checkbox"/> в положении «стоя»/ im Stehen	<input type="checkbox"/> в положении «лежа»/ beim Liegen
Вследствие чего возникли боли? (авария, поднятие тяжелых предметов и т.д.)/ Durch welchen Anlass sind die Beschwerden eingetreten? (Unfall, Heben etc.)	_____		

Чувствуете ли Вы слабость в ногах/ Haben Sie Kraftminderung des Beines?	<input type="checkbox"/> да/ ja	<input type="checkbox"/> нет/ nein
Чувствуете ли Вы потерю сил в ногах?/ Haben Sie Gefühlsminderung des Beines?	<input type="checkbox"/> да/ ja	<input type="checkbox"/> нет/ nein
Были ли у вас когда-нибудь операции на позвоночнике?/ Wurden Sie schon mal am Rücken operiert?	<input type="checkbox"/> да/ ja	<input type="checkbox"/> нет/ nein
Если да, какие именно?/ Wenn ja, was wurde gemacht und wann?	_____	

Как проводилось лечение болей в спине и ногах? Каковы результаты?/ Welche Behandlungen wurden bisher für Ihre Rücken- und Beinschmerzen durchgeführt und mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

Занимались ли Вы до появления заболевания спортом/ Haben Sie vor Auftreten des Vorfalls Sport betrieben?

да/ ja

нет/ nein

Если да, какими видами спорта?/ Wenn ja, welche Sportarten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Должна ли быть составлена предварительная смета расходов/ Wünschen Sie einen Kostenvoranschlag?

да/ ja

нет/ nein

Пожалуйста, приложите врачебное заключение по результатам последней МРТ либо КТ. Без этой информации мы не сможем поставить диагноз!/ Bitte fügen Sie den Befundbericht der letzten Kernspintomographie (MRT) oder Computertomographie (CT) bei,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_