

Verlaufsbogen nach Injektionen, Infusionen und Nervenblockaden
Praxis Dr. med. O. Löwenstein



傳統中醫

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um eine Qualitätskontrolle über unsere Maßnahmen zu erhalten, die eine Verbesserung der Therapie erlaubt und auch von den Krankenkassen gefordert wird, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig und gewissenhaft auszufüllen.

Name: _____ Datum: _____ Uhrzeit: _____

Schmerzstärke vor der Maßnahme

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Schmerzstärke ½ Stunde nach der Maßnahme

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Schmerzstärke 1 Stunde nach der Maßnahme

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Schmerzstärke 2 Stunden nach der Maßnahme

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Schmerzstärke 3 Stunden nach der Maßnahme

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Schmerzstärke 4 Stunden nach der Maßnahme

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Schmerzstärke 5 Stunden nach der Maßnahme

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Schmerzstärke 6 Stunden nach der Maßnahme

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Schmerzstärke 8 Stunden nach der Maßnahme

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Schmerzstärke 12 Stunden nach der Maßnahme

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Schmerzstärke 24 Stunden nach der Maßnahme

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Maßnahme

Infusion Sacralblock Lamina Quaddeln ISG PDA Gelenksinjektion/ Subacromial NSUS

Plexus Spinalanästhesie TP Infiltration Stellatum-Block Piriformis Bursa Andere _____

Medikament(e)

Procain Meaverin Lidocain Naropin Nabi Carbostesin 0,25% Carbostesin 0,5%

Morphin Ortoton Buprenorphin Xylonest Fortecortin Lipo Andere _____