

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  \_\_\_\_\_