

## Qualitätssicherung Akupunktur: Fragebogen für Patienten

<input type="checkbox"/> Aufnahmebefragung	<input type="checkbox"/> Abschlussbefragung	Datum: .....	Stamnummer od. Name:.....
<input type="checkbox"/> Vom Patienten ausgefüllt	<input type="checkbox"/> Vom Arzt telefonisch beim Patienten erfragt (nur bei Abschlussbefragung)		

*Alle Fragen beziehen sich auf die Schmerzen wegen denen Sie Akupunktur erhalten*

*Frage 1. bitte nur bei der Aufnahmebefragung ausfüllen, bitte nur ein Kreuz machen.*

**1. Wie lange haben Sie diese Schmerzen?**      0,5 - 3 Jahre      3-10 Jahre      > 10 Jahre

**2. Wo sind Ihre Schmerzen am stärksten?**      rechtes Knie      Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung  
*Bitte nur ein Kreuz machen*

linkes Knie      Lendenwirbelsäule ohne Ausstrahlung

beide Knie

*Fragen 3-6 beziehen sich auf Ihre Schmerzen in den letzten 7 Tagen im Durchschnitt. Bitte nur ein Kreuz machen.*

<b>3. Wie stark waren diese Schmerzen?</b>	keine Schmerzen	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	stärkster vorstellbarer Schmerz
<b>4. Wie häufig sind diese Schmerzen aufgetreten?</b>	gar nicht	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	täglich ohne Unterbrechung
<b>5. Wie stark waren Sie durch diese Schmerzen in Ihren alltäglichen Verrichtungen beeinträchtigt?</b>	keine Beeinträchtigung	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	stärkste vorstellbare Beeinträchtigung
<b>6. Wie stark war Ihre Stimmung durch diese Schmerzen beeinträchtigt?</b>	keine Beeinträchtigung	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	stärkste vorstellbare Beeinträchtigung

*Frage 7 bitte nur nach erfolgter Behandlung ausfüllen, bitte nur ein Kreuz machen.*

**7. Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung dieser Schmerzen insgesamt?**     gar nicht zufrieden      0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10     sehr zufrieden

*Herzlichen Dank !*