

**Bewertungsbogen „Behandler“**  
<auszufüllen am Ende der ersten Sitzung>

- Dr. Wolfgang Funk
- Dr. Erich Wühr

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Zuweiser: \_\_\_\_\_

Hauptbeschwerde (mit NRS): \_\_\_\_\_

Nebenbeschwerden (mit NRS): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verdacht auf

- |  |            |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> akut-nozizeptive,             | zu _____ % |
| <input type="checkbox"/> chronisch-nozizeptive,        | zu _____ % |
| <input type="checkbox"/> neuropathische,               | zu _____ % |
| <input type="checkbox"/> primär psychogene,            | zu _____ % |
| <input type="checkbox"/> sekundär psychogene Schmerzen | zu _____ % |

Ich erwarte eine Verbesserung der Hauptbeschwerde um \_\_\_\_\_ %.

Ich erwarte eine Verbesserung der Nebenbeschwerden um \_\_\_\_\_ %.

Ich habe dem Patienten folgende systemische Untersuchungen und Behandlungen angeraten:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Psychologische Beratung | <input type="checkbox"/> Orthopädie                        |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie          | <input type="checkbox"/> Traditionelle Chinesische Medizin |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie          | <input type="checkbox"/> Umweltmedizin                     |
| <input type="checkbox"/> Osteopathie             | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                   |

Ich habe den Bewertungsbogen „Patient“ vorbereitet.

- |                               |       |
|-------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> ja   | _____ |
| <input type="checkbox"/> nein | _____ |