



Deutsches Zentrum für moderne Medizin

Praxis für Spezielle Schmerztherapie · Georg Dubinski · Hamdi Salif

Oststraße 51 · 40211 Düsseldorf · Tel. 0211-972-67-63-8

АНКЕТА ПАЦИЕНТА / PATIENTENFRAGEBOGEN

1. Личные данные: Фамилия, Имя _____ Возраст ____

1. Persönliche Angaben: Name, Vorname _____ Alter ____

2. Где у Вас боль сегодня и сейчас?

☐ Голова ☐ Шея ☐ Плечо ☐ Верхний отдел позвоночника ☐ Грудной отдел позвоночника ☐
Поясничный отдел позвоночника
☐ Локоть ☐ Кисть ☐ Тазобедренный сустав ☐ Бедро ☐ Колено ☐ Стопа

2. Wo haben Sie heute und jetzt Schmerzen?

☐ Kopf ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ HWS ☐ BWS ☐ LWS ☐ Ellenbogen ☐ Hand ☐ Hüfte ☐ Oberschenkel ☐ Knie ☐ Fuß

Обследования: ☐ Рентген ☐ КТ ☐ МРТ ☐ Другое _____

Untersuchungen: ☐ Röntgen ☐ CT ☐ MRT ☐ Sonstige _____

3. Что у Вас сегодня с собой? ☐ Снимки ☐ CD/DVD ☐ Заключение врача ☐ Выписка ☐ Анализы

3. Welche Unterlagen haben Sie dabei? ☐ Bilder ☐ CD/DVD ☐ Arztbericht ☐ Entlassungsbericht ☐ Labor

4. Какое лечение Вы уже проходили? ☐ Уколы ☐ Медикаменты ☐ ЛФК ☐ Массаж ☐
Физиотерапия ☐ Операции

4. Welche Behandlungen wurden durchgeführt? ☐ Injektionen ☐ Medikamente ☐ Krankengymnastik ☐ Massage ☐ Physiotherapie ☐ Operationen

5. Главная цель визита: _____

5. Wichtigstes Anliegen: _____

Кто направил Вас? ☐ Семейный врач ☐ Ортопед ☐ Невролог ☐ Хирург

Wer hat Sie überwiesen? ☐ Hausarzt ☐ Orthopäde ☐ Neurologe ☐ Chirurg

Что Вас интересует сегодня?

Was interessiert Sie heute?

☐ Диагностика и выяснение причины заболевания

☐ Diagnose und Ursachenklärung

☐ Рецепт на медикаменты

☐ Rezept für Medikamente

☐ Направление на массаж, ЛФК или физиотерапию

☐ Verordnung für Massage, Krankengymnastik oder Physiotherapie

☐ Магнитотерапия, психотерапия, гипноз, акупунктура, укрепление мышц спины

☐ Magnetfeldtherapie, Psychotherapie, Hypnose, Akupunktur, Muskelaufbau

☐ Альтернатива операции: пролотерапия, фасциально-меридианная терапия, гиалуроновая кислота, регенеративные инъекции

☐ Alternative zur Operation: Prolotherapie, Faszien-Meridian-Therapie, Hyaluronsäure, regenerative Injektionen

Подпись пациента _____

Unterschrift Patient/in _____