Dokumentation Schmerzanalyse/Therapieplan im Rahmen der Akupunktur

(unverbindliches Muster)

ANGABEN ZUM PATIENTEN

Patientennummer o. Name: _____ **Ausfülldatum:** _____

Diagnose:
- ❑ chronische Schmerzen der LWS
- ❑ chronische Schmerzen bei Gonarthrose

- ❑ Klinisch gestellt
- ❑ Röntgenbefund
- ❑ CT / MRT

TCM SCHMERZANALYSE UND DIAGNOSTIK

1. Betroffene Leitbahnen:

LWS-Schmerzen
- ❑ Blase
- ❑ Gallenblase
- ❑ Lenkergefäß
- ❑ Niere
- ❑ Andere: _____

Gonarthrose
- ❑ Gallenblase
- ❑ Leber
- ❑ Magen
- ❑ Milz
- ❑ Andere: _____

2. Syndrom Diagnose(n): *(optionale Angabe)*

_____

SCHMERZTHERAPEUTISCHES GESAMTKONZEPT (bei Bedarf anpassbar)

3. Weitere Therapieverfahren: *(bitte ankreuzen und geplantes Beginndatum eintragen)*

- ❑ Akupunktur _____
- ❑ Moxibustion _____
- ❑ Neuraltherapie: _____
- ❑ Pharmakotherapie: _____
- ❑ Physiotherapie: _____
- ❑ Andere: _____ _____

4. Ist die eingehende Beratung und Feststellung des Therapiezieles erfolgt? Ja ❑ Nein ❑

Therapieziel: _____

THERAPIEPIEPLAN AKUPUNKTUR: (bei Bedarf anpassbar)

5. Verwendete Leitbahnen:

LWS-Schmerzen
- ❑ Blase
- ❑ Gallenblase
- ❑ Lenkergefäß
- ❑ Niere
- ❑ Andere: _____

Gonarthrose
- ❑ Gallenblase
- ❑ Leber
- ❑ Magen
- ❑ Milz
- ❑ Andere: _____

EINGANGSDOKUMENTATION

Datum: _____

Lokalisierung: _____

KG ❑ medial ❑ lateral ❑ parapatellar

WS ❑ re. Segment ❑ li. Segment

Schmerzdauer:

mehr als ❑ 6 ❑ 12 ❑ 24 Monate

Schmerzstärke nach VAS:

1 5 10

Schmerzhäufigkeit:

❑ einm. täglich ❑ mehrm. täglich ❑dauernd

Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten:

❑ leicht ❑ mittel ❑ stark ❑ sehr stark

Beeinträchtigung der Stimmung:

❑ leicht ❑ mittel ❑ stark ❑ sehr stark

VERLAUFSDOKUMENTATION

Datum: _____

Lokalisierung: _____

KG ❑ medial ❑ lateral ❑ parapatellar

WS ❑ re. Segment ❑ li. Segment

Schmerzdauer:

mehr als ❑ 6 ❑ 12 ❑ 24 Monate

Stärke der Hauptschmerzen nach VAS:

1 5 10

Schmerzhäufigkeit:

❑ einm. täglich ❑ mehrm. täglich ❑dauernd

Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten:

❑ leicht ❑ mittel ❑ stark ❑ sehr stark

Beeinträchtigung der Stimmung:

❑ leicht ❑ mittel ❑ stark ❑ sehr stark

Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung:
- ❑ **sehr gut** *(umfassende Besserung)*
- ❑ **gut** *(deutliche Besserung)*
- ❑ **gering** *(leichte Besserung)*
- ❑ **schlecht** *(Zustand unverändert o. verschlechtert)*
- ❑ **nicht beurteilbar**

Begründung für mehr als 10 Behandlungen: