

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name Vorname des Versicherten						
geb.am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.				Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis			Datum		



Dokumentation Akupunktur im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung

Eingangsuntersuchung
Abschlussuntersuchung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf den Schmerz, der mit der Akupunktur behandelt werden soll. Beeinträchtigungen durch andere Beschwerden dürfen Sie hier nicht bewerten. Dieser Fragebogen ist Bestandteil der Qualitätssicherungsvereinbarung und dient dazu, die durch die Akupunktur erreichten Veränderungen genau zu erfassen.

Eingangsuntersuchung

Wo sind die Schmerzen am stärksten

- | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Chronische Kniebeschwerden bei Gonarthrose | | |

Wie lange haben Sie diese Schmerzen?

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6-12 Monate | <input type="checkbox"/> 1-3 Jahre | <input type="checkbox"/> 3-10 Jahre | <input type="checkbox"/> > 10 Jahre |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

Wie stark waren diese Schmerzen in den letzten 14 Tagen im Durchschnitt?

Keine Schmerzen Stärkster vorstellbarer Schmerz

Wie häufig sind diese Schmerzen aufgetreten?

Gar nicht Täglich ohne Unterbrechung

Wie stark waren Sie durch diese Schmerzen bei Ihren alltäglichen Aktivitäten (z.B. Ankleiden, Waschen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

Keine Beeinträchtigung Stärkste vorstellbare Beeinträchtigung

Wie stark war Ihre Stimmung durch diese Schmerzen beeinträchtigt?

Keine Beeinträchtigung Stärkste vorstellbare Beeinträchtigung

Bremen,
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Versicherten

Abschlussuntersuchung

Wie stark waren diese Schmerzen in den letzten 14 Tagen im Durchschnitt?

Keine Schmerzen Stärkster vorstellbarer Schmerz

Wie häufig sind diese Schmerzen aufgetreten?

Gar nicht Täglich ohne Unterbrechung

Wie stark waren Sie durch diese Schmerzen bei Ihren alltäglichen Aktivitäten (z.B. Ankleiden, Waschen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

Keine Beeinträchtigung Stärkste vorstellbare Beeinträchtigung

Wie stark war Ihre Stimmung durch diese Schmerzen beeinträchtigt?

Keine Beeinträchtigung Stärkste vorstellbare Beeinträchtigung

Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit der durchgeführten Behandlung?

Keine Wirkung Sehr gute Wirksamkeit, beschwerdefrei

Bremen,
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Versicherten