



(Praxisstempel)

Patientenangaben: _____ Pat.- Nr.:

Name, Vorname

Patientenchiffre:

Anfangsbuchstabe Nachname

Geburtsdatum

Tag Monat Jahr

1. Akupunktur letzte Akupunktur
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Diagnose: Gonarthrose rechts links chronischer LWS-Schmerz

Optional: Schmerzsymptomatik seit: Monaten Jahren

Therapieplanung	bisherige Therapien			geplante Therapien	
	guter Erfolg	ohne Erfolg	nicht beurteilbar	mit Akupunktur	nach Akup. in Wochen
Medikamentös					
physikalisch					
KG/Massage					
OP					
Reha/Krhs.					
Akupunktur Mon./Jahr					

Begründung für 11. - 15. Akupunktur:

Schmerzen teilweise besser Bewegungsumfang teilweise verbessert
Erguß/Kapselschwellung rückläufig sonstiges _____

Schmerzevaluation

Lokalisation Gonarthrose vor rechts innen außen vorne
nach rechts innen außen vorne

vor links innen außen vorne
nach links innen außen vorne

LWS vor rechts links med
nach rechts links med

Schmerzdauer bis 3 Std. bis 12 Std. mehrere Tage dauernd

Schmerzstärke vor (Skala 0-10: 0 = keine Schmerzen
nach 10 = unerträgliche Schmerzen)

Schmerzhäufigkeit vor 1x tägl. mehrmals dauernd
nach seltener täglich

Alltag beeinträchtigt durch Schmerzen? vor nein ja Beispiel:
nach nein ja

Stimmung beeinträchtigt durch Schmerzen vor nein ja
nach nein ja

Zufrieden mit Ergebnis der Akupunktur? nein ja

Unterbrechung nein ja Grund: _____

Abbruch nein ja am: _____ Grund: _____

Optional:

Arztbrief:

Ich habe in den letzten 12 Monaten wegen der oben genannten Diagnosen keine Akupunktur erhalten.

Datum, Unterschrift Patient
Unser Zeichen:

Optional:

Bestätigung des Patienten

Akupunktur fand statt am:	Unterschrift Patient:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	