



Dokumentationsbogen für die Stichprobenprüfung gemäß Akupunktur-Vereinbarung § 5

Arztname/LA-Nummer _____

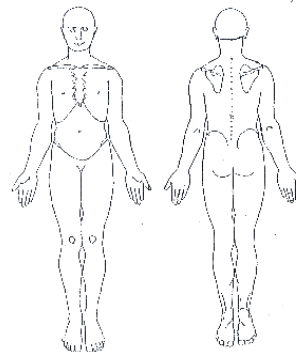
Patient: _____

EINGANGSERHEBUNG (EINGANGSDOKUMENTATION)

- Diagnose:**
- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen der LWS > 6 Monate | <input type="checkbox"/> klinisch gestellt |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen bei Gonarthrose > 6 Monate | <input type="checkbox"/> Röntgenbefund |
| <input type="checkbox"/> Knie links <input type="checkbox"/> Knie rechts <input type="checkbox"/> beidseits | <input type="checkbox"/> CT / NMR |

Schmerzhäufigkeit und Schmerzlokalisierung:

- mehrmals täglich
- täglich
- wöchentlich
- monatlich



Schmerzdauer:

Schmerzstärke:

keine Schmerzen ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ stärkster vorstellbarer Schmerz

Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten durch den Schmerz:

Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz:

bisherige Therapien

geplante Maßnahmen

-
-
-
-

-
-
-
-

THERAPIEPLAN AKUPUNKTUR
(ein gesonderter Therapieplan ist beizufügen)

7. Geplante Akupunkturbehandlungen: *(bitte Termine eintragen)*

1 _____	6 _____	VERLÄNGERUNG weil:	11 _____
2 _____	7 _____	<input type="checkbox"/>	12 _____
3 _____	8 _____	<input type="checkbox"/>	13 _____
4 _____	9 _____	<input type="checkbox"/>	14 _____
5 _____	10 _____	<input type="checkbox"/>	15 _____

Abschlussuntersuchung am:
(kann identisch sein mit der
letzten Akupunkturbehand-
lung)

VERLAUFSERHEBUNG (VERLAUFSDOKUMENTATION)
bei Abschluss der Behandlung, unter Einbeziehung des Patientenfragebogens

1. Schmerzlokalisierung:

2. Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung:

gar nicht zufrieden (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) sehr zufrieden

3. Stärke des Hauptschmerzes:

keine Schmerzen (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) stärkster vorstellbarer Schmerz

4. Schmerzhäufigkeit:

- mehrmals täglich
- täglich
- wöchentlich
- monatlich

5. Beeinträchtigung der Alltagstätigkeit durch den Schmerz:

6. Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz:

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

.....

.....