

Schmerzzentrum Bad Camberg

Psychosoziale Anamnese

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Personenstand

Ledig _____ mit Partner _____ verheiratet _____ getrennt lebend _____

Geschieden _____ verwitwet _____ allein lebend _____

Kinder Anzahl _____ Enkelkinder Anzahl _____ Urenkel _____

Wie wird der Haushalt erledigt?

alleine _____ mit Hilfe _____

Gab es Todesfälle?

Nein _____ Ja _____

Wer? _____

Wann? _____

Berufsstatus

Welchen Beruf haben Sie erlernt? _____

Welchen Beruf üben Sie aktuell aus? _____ Seit wann? _____

Tätigkeit: sitzend _____ stehend _____ laufend _____

Wie wird die Tätigkeit empfunden? Körperlich belastend _____ seelisch belastend _____

Arbeitsstatus: arbeitsfähig _____ arbeitslos _____ Rentner/in _____

Rente beantragt: ja _____ nein _____ auf Zeit ggf. _____ seit wann? _____ GdB: _____

Medikamente

Allergien

Allgemeines

Von welchem Arzt wurden Sie zu uns überwiesen (Adresse)?

Wer ist Ihr Hausarzt (Adresse)?

Schmerzzentrum Bad Camberg

Psychosoziale Anamnese

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Ihre e-Mail Adresse: _____