

## Qualitätssicherung Akupunktur: Fragebogen für Patienten

Lieber Patient, liebe Patientin,

Es interessiert uns, wie es Ihnen geht. Bitte füllen Sie die folgenden Fragen bezogen auf die Schmerzen aus, wegen denen Sie Akupunktur erhalten. Ihre Antworten sind für uns wichtig und tragen maßgeblich dazu bei, unsere Behandlungsqualität weiter zu verbessern.

Von der Praxis auszufüllen

<input type="checkbox"/> Aufnahmebefragung <input type="checkbox"/> Abschlussbefragung Ausfülldatum: .....	Stammmnummer od. Name:..... Diagnose: <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen bei Kniegelenksarthrose
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diese Frage bitte nur bei der Aufnahmebefragung ausfüllen, bitte nur ein Kreuz machen.

1. **Wie lange haben Sie diese Schmerzen?**      6-12 Monate      1-3 Jahre      3-10 Jahre      länger als 10 Jahre

2. **Wo sind Ihre Schmerzen am stärksten?**      rechtes Knie      Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung  
 Bitte nur ein Kreuz machen                      linkes Knie      Lendenwirbelsäule ohne Ausstrahlung  
                                                                   beide Knie

Fragen 3-6 beziehen sich auf Ihre Schmerzen **im Durchschnitt**. Bitte nur ein Kreuz machen.

3. **Wie stark sind diese Schmerzen?**                     keine Schmerzen     ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ stärkster vorstellbarer Schmerz

4. **Wie häufig sind diese Schmerzen aufgetreten?**                     gar nicht     ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ täglich ohne Unterbrechung

5. **Wie stark sind Sie durch diese Schmerzen in Ihren alltäglichen Verrichtungen beeinträchtigt?**                     keine Beeinträchtigung     ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ stärkste vorstellbare Beeinträchtigung

6. **Wie stark ist Ihre Stimmung durch diese Schmerzen beeinträchtigt?**                     keine Beeinträchtigung     ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ stärkste vorstellbare Beeinträchtigung

Diese Frage bitte nur nach erfolgter Behandlung ausfüllen, bitte nur ein Kreuz machen.

7. **Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung dieser Schmerzen insgesamt?**                     sehr zufrieden     ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ überhaupt nicht zufrieden

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!