



German Center of Modern Medicine

Georg Dubinski

Facharzt für Rehabilitative Medizin und Spezielle Schmerztherapie

Oststrasse 51– 40211 Düsseldorf

Tel. 0211-97267638– Fax 0211-97267639

Анкета опросник для пациентов страдающими хроническими болями

Имя, фамилия возраст, дата рождения:

Контактный телефон:

Адрес:

e-Mail:

Какая у Вас главная жалоба:

Боль (**подчеркнуть**, где):

в плечевом, локтевом, суставе кисти

Тазобедренном суставе, коленном, голеностопном суставе

Боли в шейном, грудном, поясничном отделе позвоночника

Другие виды болей: **где?**

Какие болеутоляющие **лекарства, медикаменты от боли** Вы
принимаете регулярно:

Какие только при необходимости:

Когда Вы в последний раз принимали по рецепту врачом прописанный массаж,
кранкенгимнастику, физиолечение: год: 201 месяц

Делали Вы когда нибудь **Акупунктуру**: нет, **ДА** (когда?):

Когда Вы были в последний раз в больнице: год:

Были ли Вы когда нибудь в **реабилитационной** клинике, **санатории**,
на курорте-? Если да, то когда и где:

подпись пациента: