

DOKUMENTATIONSBOGEN KÖRPERAKUPUNKTUR

(gemäß § 135 Abs. 2 SGB V
Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur)

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

Praxisstempel

Eingangserhebung

Eingangsdagnostik (je Indikation eine Erhebung):

- chronische Schmerzen der LWS
 chronische Schmerzen bei Gonarthrose

Schmerzintervall über sechs Monate Dauer

Schmerzstärke (*bitte ankreuzen*):

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

(*kein* *(stärkster vorstellbarer*
Schmerz) *Schmerz)*

Schmerzhäufigkeit:

- täglich
 wenn nicht täglich, dann etwa (Zahl eintragen)pro Wochemal pro Monat
 Dauerschmerz

Beeinträchtigung der Alltagstätigkeit durch den Schmerz (*bitte ankreuzen*):

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

(*gar nicht*) *(stark)*

Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz (*bitte ankreuzen*):

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

(*gar nicht*) *(stark)*

Erstellung bzw. Überprüfung eines inhaltlich und zeitlich gestaffelten Therapieplans unter Einbeziehung der Akupunktur im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzepts unter Beurteilung der bisher ggf. durchgeführten Maßnahmen und der bestehenden Therapieoptionen:

- z. B. Physiotherapie TLA TENS Pharmakotherapie Manuelle Therapie
 Homöopathie Psychotherapie
 Sonstiges:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Verlaufserhebung bei Abschluss der Behandlung: Siehe Rück- bzw. Folgeseite

Verlaufserhebung bei Abschluss der Behandlung

Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung:

ja nein teilweise

Stärke des Hauptschmerzes (*bitte ankreuzen*):

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

(*kein
Schmerz*)

(*stärkster vorstellbarer
Schmerz*)

Schmerzhäufigkeit:

schmerzfrei

täglich

wenn nicht täglich, dann etwa (Zahl eintragen) pro Wochemal pro Monat

Dauerschmerz

Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten durch den Schmerz (*bitte ankreuzen*):

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

(*gar nicht*)

(*stark*)

Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz (*bitte ankreuzen*):

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

(*gar nicht*)

(*stark*)

Begründung für Ausnahmefälle (mehr als 10 Akupunkturen erforderlich):

(z. B. Chronifizierung nach Gerbershagen (ab Gerbershagen II)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Begründung für fehlende Verlaufserhebung:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ort, Datum

Unterschrift des ausführenden Arztes