

Ihre persönliche Gesprächs-Checkliste

(Bitte ausgedruckt zu Ihrem nächsten Termin mitbringen und vorab ausfüllen.)

1. Schmerzen

Für jede einzelne Schmerz-Situation bitte separat ausfüllen und die Belastung auf der Skala ankreuzen (0 = kein Schmerz, 10 = unerträglich).

Nr.	Ort / Art des Schmerzes	Belastungsskala (ankreuzen)
1	_____	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
2	_____	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
3	_____	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
4	_____	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
5	_____	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

2. Vorbestehende Herz- oder Magenerkrankungen

3. Frühere allergische Reaktionen auf Schmerzmittel

4. Bereits ausprobierte alternative Maßnahmen (z. B. Physiotherapie, Wärme, Bewegung)

5. Geplante Anwendung von Diclofenac

- **Dauer** (Tage / Wochen):

- **Tägliche Dosierung** (mg bzw. Anzahl Tabletten/Gel-Aufträge):

6. Ist eine Magenschutz-Tablette (Protonenpumpenhemmer) ratsam?

☐ Ja ☐ Nein Bemerkungen:

7. Kontrolle von Blutdruck, Nieren- und Leberwerten

- **Wann empfohlen?**

- **Welche Werte genau?**

Hinweis: Diese Checkliste dient als Gesprächsgrundlage. Bitte bringen Sie sie ausgefüllt zu Ihrem nächsten Arzttermin mit, damit alle relevanten Punkte schnell und vollständig besprochen werden können.