

# 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	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
2	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
3	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
4	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
5	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 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.