

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



**Dokumentationsbogen**    Erstdokumentation     Folgedokumentation   
Behandlungspfad „akuter Rückenschmerz“

**Schmerz**

- Dauer von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Stärke: 1=kein Schmerz, 10=stärkster vorstellbarer Schmerz

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(bitte X für durchschnittlichen Schmerz, O für maximalen Schmerz)

- Lokalisation / Ausstrahlung: lumbal     sakral     ISG   
 Links     rechts     beidseitig   
 radikuläre Symptomatik    L3/L4     L4/L5     L5/S1

- ICD-10: M54 \_\_\_\_\_, ggf. Weitere \_\_\_\_\_

ICD-10 bei Verlassen des Pfades: \_\_\_\_\_

**Belastungsfaktoren:**

- familiär:     beruflich:     keine:

**wesentliche Begleitdiagnosen/Allergien:**

- Tumorerkrankungen     Diabetesmellitus     KHK     orale Antikoagulation   
 Kontrastmittelallergie     Arzneimittelallergie

**aktuelle Medikation:**

\_\_\_\_\_

- voroperiert:    ja     nein

- AU-Zeiten:    von \_\_\_\_\_    bis \_\_\_\_\_

**bisher durchgeführte Therapien:**

- KG     Analgetika     Neuraltherapie     Akupunktur

**Weitere Informationen / Fachärztliche Beurteilung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Praxisstempel, Unterschrift \_\_\_\_\_