



**Patientenname**

**Stamm-Nr.:**

**Patientenpseudonym**

(s. Angabe zum Patienten lt. Liste)

**Pflichtangaben:**

**Datum der Erstellung des Therapieplanes**

Aus der ärztlichen Dokumentation geht hervor, dass unmittelbar vor Beginn der Akupunkturbehandlung ein Schmerzintervall von **mindestens 6 Monaten** bestanden hat und aktuell andauert.

der LWS

bei Gonarthrose

**Schmerztherapeutisches Gesamtkonzept (§ 5 Abs. 1 Nr. 3 der QSV Akupunktur):**

Bisher durchgeführte und geplante Therapie unter Einbindung der Akupunktur im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzeptes:

bisher durchgeführt		geplant ab:	bisher durchgeführt		geplant ab:
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	_____	Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	_____
Manuelle Therapie	<input type="checkbox"/>	_____	Neuraltherapie	<input type="checkbox"/>	_____
Analgetika	<input type="checkbox"/>	_____	Injektionen	<input type="checkbox"/>	_____
Pharmakotherapie	<input type="checkbox"/>	_____	Moxibustion	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Therapie:	durchgeführt:	_____	geplant:	_____	_____

**Es erfolgte eine eingehende Beratung**

**Es wurden folgende Therapieziele festgelegt:**

- |                                     |                          |  |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| a) Muskuläre Entspannung            | <input type="checkbox"/> | g) Vegetative Stabilisierung           | <input type="checkbox"/> |
| b) Deaktivierung von Triggerpunkten | <input type="checkbox"/> | h) Schlafregulation                    | <input type="checkbox"/> |
| c) Verbesserung der Gelenktrophik   | <input type="checkbox"/> | i) Optimierung des bisherigen Konzepts | <input type="checkbox"/> |
| d) Funktionsverbesserung            | <input type="checkbox"/> | j) _____                               |                          |
| e) Schmerzverbesserung              | <input type="checkbox"/> | k) _____                               |                          |
| f) Vegetative Entspannung           | <input type="checkbox"/> | l) _____                               |                          |

Angaben optional: *Besonderheiten/Hinweise:*

**Therapieplan:**

- |          |           |           |
|----------|-----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____  | 11. _____ |
| 2. _____ | 7. _____  | 12. _____ |
| 3. _____ | 8. _____  | 13. _____ |
| 4. _____ | 9. _____  | 14. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ | 15. _____ |

**Verlängerung weil:**

- |  |                          |                              |                          |
|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Kein hinreichender Erfolg              | <input type="checkbox"/> | Unzureichende Stabilisierung | <input type="checkbox"/> |
| Änderung Therapieziel auf (siehe a-i): | <input type="checkbox"/> | Sonstiges: .....             |                          |

**Eingangsbefragung / Eingangserhebung (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 der QSV Akupunktur)**

Patientenname

Stamm-Nr.

**Patientenpseudonym**  
 (s. Angabe zum Patienten lt. Liste)

Datum der Erstellung der Befragung

*Alle Fragen beziehen sich auf die Schmerzen wegen derer Sie Akupunktur erhalten.*

a) Wie lange haben Sie diese Schmerzen?

6-12 Monate       1-3 Jahre       3-10 Jahre       > als 10 Jahre

b) Wo sind Ihre Schmerzen am stärksten?

**Lendenwirbelsäule**      mit Ausstrahlung       ohne Ausstrahlung   
**Knie**      beide       rechts       Links

Die Fragen 1 bis 4 beziehen sich auf die durchschnittliche Schmerzstärke in den letzten 7 Tagen.  
 (Bitte jeweils nur eine Kreuz machen)

1. Wie stark waren diese Schmerzen?

Keine Schmerzen      ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩      Stärkster vorstellbarer Schmerz

2. Wie häufig sind diese Schmerzen aufgetreten?

Gar nicht      ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩      Täglich ohne Unterbrechung

3. Wie stark waren Sie durch diese Schmerzen in Ihren alltäglichen Verrichtungen beeinträchtigt?

Keine Beeinträchtigung      ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩      Stärkste vorstellbare Beeinträchtigung

4. Wie stark war Ihre Stimmung durch diese Schmerzen beeinträchtigt?

Keine Beeinträchtigung      ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩      Stärkste vorstellbare Beeinträchtigung

**Ausgangsbefragung / Verlaufserhebung (§ 5 Abs. 1 Nr. 3 der QSV Akupunktur)**

Datum der Erstellung der Befragung

Die Fragen 1 bis 4 beziehen sich auf die durchschnittliche Schmerzstärke in den letzten 7 Tagen.  
 (Bitte nur eine Kreuz machen)

1. Wie stark sind Ihre Schmerzen?

Keine Schmerzen      ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩      Stärkster vorstellbarer Schmerz

2. Wie häufig sind diese Schmerzen aufgetreten?

Gar nicht      ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩      Täglich ohne Unterbrechung

3. Wie stark waren Sie durch diese Schmerzen in Ihren alltäglichen Verrichtungen beeinträchtigt?

Keine Beeinträchtigung      ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩      Stärkste vorstellbare Beeinträchtigung

4. Wie stark war Ihre Stimmung durch diese Schmerzen beeinträchtigt?

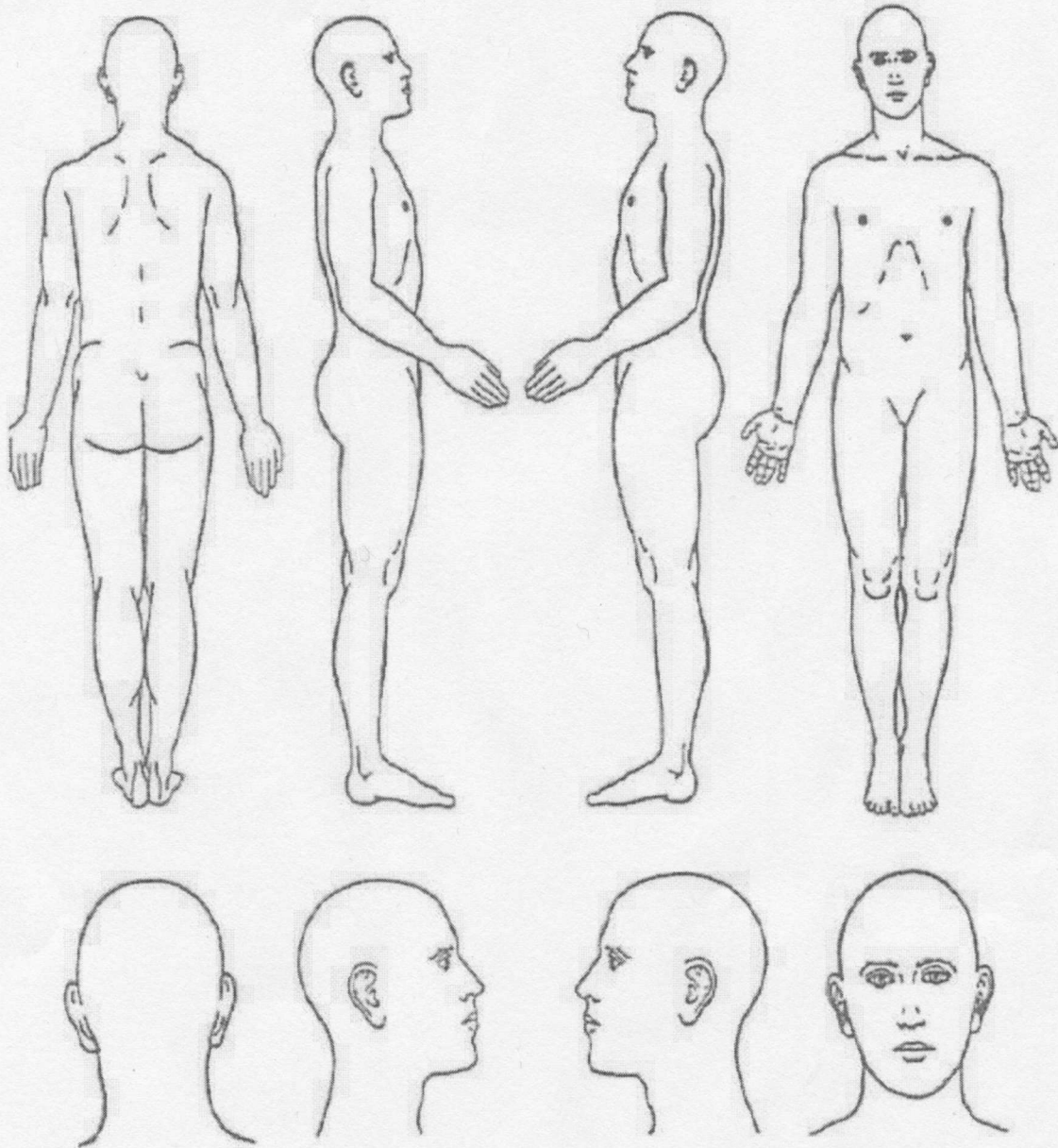
Keine Beeinträchtigung      ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩      Stärkste vorstellbare Beeinträchtigung

Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Behandlung dieser Schmerzen? (Bitte nur ein Kreuz machen)

Gar nicht zufrieden      ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩      Sehr zufrieden

**Herzlichen Dank!**





Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bitte zeichnen Sie den Ort/die Orte Ihrer chronischen Rücken-/Knieschmerzen in oben stehendes Schema ein!