

Wenn Sie Schmerzen hatten: Haben sich die Schmerzen in den letzten 12 Monaten gebessert?	Ja	Nein	nicht zutreffend
Sind Sie in den letzten 12 Monaten schwanger geworden?	Ja	Nein	KEIN Kinderwunsch
Hatten Sie nach einer OP bei uns Komplikationen? (erneute OP oderr anhaltende Bswerden)	Ja	Nein	nicht operiert
Haben Sie aufgrund von Nebenwirkungen eine medikamentöse Therapie abgebrochen oder eine andere Therapie gewählt?	Ja	Nein	nicht zutreffend
Waren Sie in den letzten 12 Monaten in einem Zentrum für Schmerztherapie?	Ja	Nein	
Waren Sie in den letzten 12 Monaten in einem Zentrum für KiWu- Behandlung?	Ja	Nein	
Haben Sie in den letzten 12 Monaten zusätzliche Therapien genutzt? (z. Bsp. Psychologie, TCM, Yoga, Akkupunktur, Homöopathie o.ä.)	Ja	Nein	
Waren Sie in den letzten 12 Monaten in einer AHB, REHA oder einer Kur?	Ja	Nein	
Waren Sie mit unserer Behandlung zufrieden?	Ja	Nein	Keine Angaben
Eigene/Zusätzliche Bemerkungen:			