

SCHMERZBILD

Name: _____

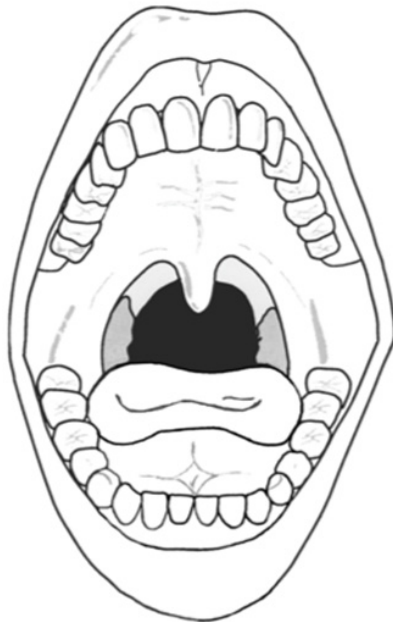
Datum: _____

Geburtsdatum: _____

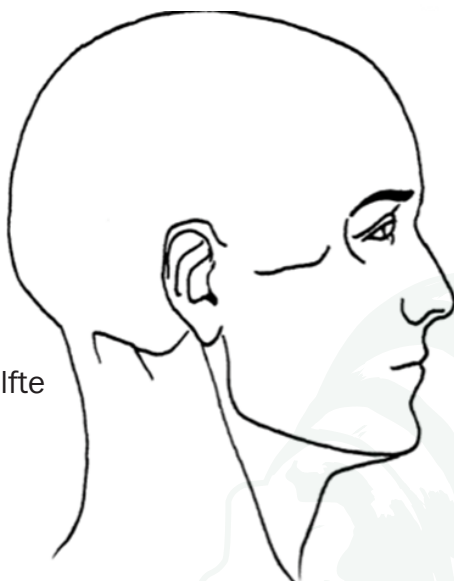
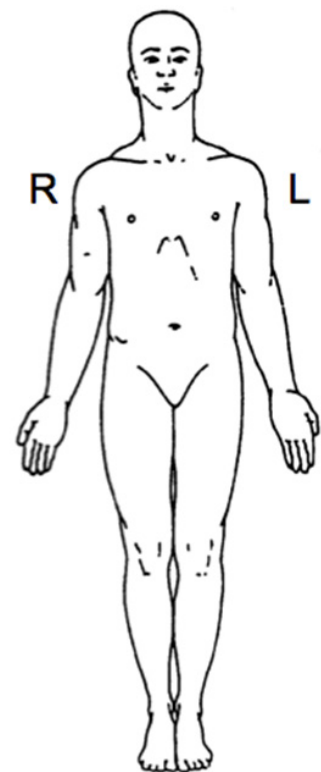
Untersucher: _____

Bitte kennzeichnen Sie all Ihre Schmerzbereiche, indem Sie diese schraffieren. Verwenden Sie hierfür die Schaubilder, welche am meisten zutreffen.

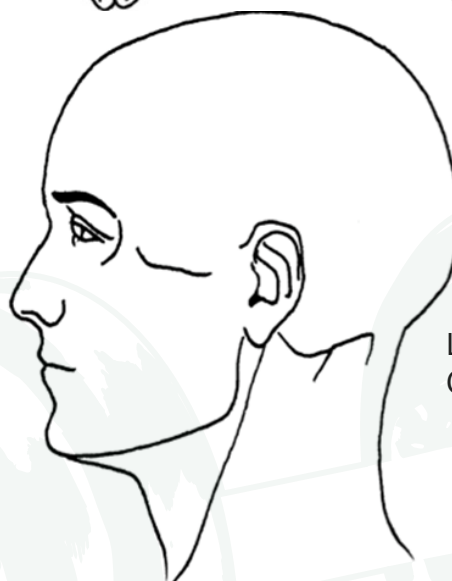
Falls es einen genauen Schmerzpunkt gibt, markieren Sie diesen mit einem deutlichen Punkt. Sollte Ihr Schmerz von einer Stelle zu einer anderen ausstrahlen, verwenden Sie bitte Pfeile, um diesen Weg anzuzeigen.



Mund und Zähne



Rechte
Gesichtshälfte



Linke
Gesichtshälfte