Chronologische Auflistung funktioneller Beschwerden

Bitte geben Sie hier in zeitlicher Reihenfolge alle Schmerzen, Probleme und Behandlungen im Zusammenhang mit Muskeln, Gelenken und Sinnesorganen an, z.B. Kopfschmerzen, Ohrgeräusche, Sehstörungen, Rückenschmerzen, Schwindel, Gelenkoperationen, Schuheinlagen, Unfälle, Kieferorthopädie usw. Denken Sie auch an länger zurückliegende Ereignisse! Verwenden Sie ggf. mehrere Blätter.

Titel/Name: Vorname: Geb.-Datum: Blatt:

Welche Schmerzen, Probleme bzw. Beschwerden hatten Sie?	**Wann bzw. von wann bis wann?**	**Was wurde daraufhin unternommen?**	**Wer hat das gemacht / wo wurde es gemacht?**	**Was war das Ergebnis?**