

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

bitte führen Sie bitte hier Ihre drei Beschwerden oder Beeinträchtigungen, die Sie am meisten im Alltag belasten und benoten Sie diese nach dem Punktesystem von

0 = keine Beschwerden bis 10 = massive Beschwerden

Name	
Geburtsdatum	
heutiges Datum	

Beschwerden	Punkte
1.	
2.	
3.	

Unterschrift: