

Liebscher & Bracht Schmerztherapie Zentrum Berlin

Nachname: _____ Vorname: _____

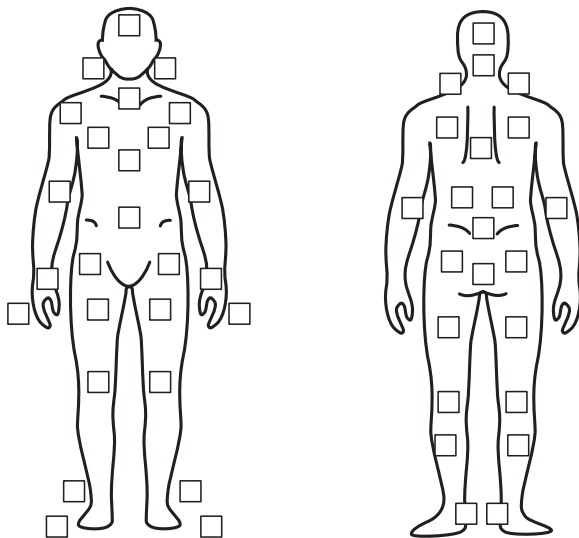
Straße/ Hausnummer: _____

PLZ+Ort: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Geb. Datum: _____ Beruf: _____

Wo haben Sie Ihre Schmerzen? Bitte nur den für Sie stärksten Schmerz eintragen:



Seit wann haben Sie die Schmerzen? _____

Nehmen Sie Schmerzmittel? _____

Wenn ja, welches Medikament? _____

Was wurde bisher dagegen unternommen?