

Diagnosebogen für Studie zu chronischen Schmerzen

Hiermit bestätige ich, dass der/die Patient/in _____, geboren am

_____ die folgende Diagnose nach ICD-10 aufweist

- Fibromyalgie (M79.7)
- Chronische Rückenschmerzen (M54)
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)
- Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz (R52.1)
- Sonstiger chronischer Schmerz (R52.2)

Weitere Hinweise:

Datum, Ort

Unterschrift & Stempel

Bitte senden Sie diesen Diagnosebogen an

E-Mail: **schmerzstudie@hellobetter.de**

Fax: **030 4036860 61**

GET.ON Institut für Online Gesundheitstrainings GmbH
Oranienburger Str. 86a
10178 Berlin