

Schmerz – Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sicher haben Sie selbst schon einmal erlebt wie schwierig es ist, ihrem Arzt eine genaue Beschreibung Ihrer Schmerzen zu geben. Er ist jedoch darauf angewiesen, genau zu erfahren, wie ihre Schmerzen beschaffen sind und wie Sie auf die Schmerzen ansprechen.

Ihre Angaben in diesem Fragebogen dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gespräches und der Basisuntersuchung. In Ihrem eigenen Interesse möchten wir Sie deshalb bitten, alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten.

Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen. Sollten Sie für Ihre Angaben mehr Platz benötigen, so verwenden Sie bitte ein zusätzliches Blatt Papier und notieren Sie auf diesem die Nummer der Frage, auf die sich Ihre Angaben beziehen.

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Bearbeitung Ihrer Angaben bei Ihrem Arzt entspricht den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

Zur Aufzeichnung, Bearbeitung und Speicherung Ihrer Daten benötigt Ihr Arzt Ihr Einverständnis, darum ist Ihre Unterschrift unter der nachfolgenden Erklärung für Ihre Behandlung sehr wichtig. Natürlich können Sie dieses Einverständnis jederzeit widerrufen, doch müssen Sie wissen, dass eine sinnvolle medizinische Therapie ohne kontinuierliche Evaluation wenig sinnvoll und selten erfolgreich durchgeführt werden kann.

Einverständniserklärung

Ich wurde darüber informiert und bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Befragung erhobenen Angaben/Daten auf Dokumentationsbogen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und zur Qualitätsprüfung der medizinischen Versorgung verwendet werden können.

Datum : _____

VOR- UND ZUNAHME

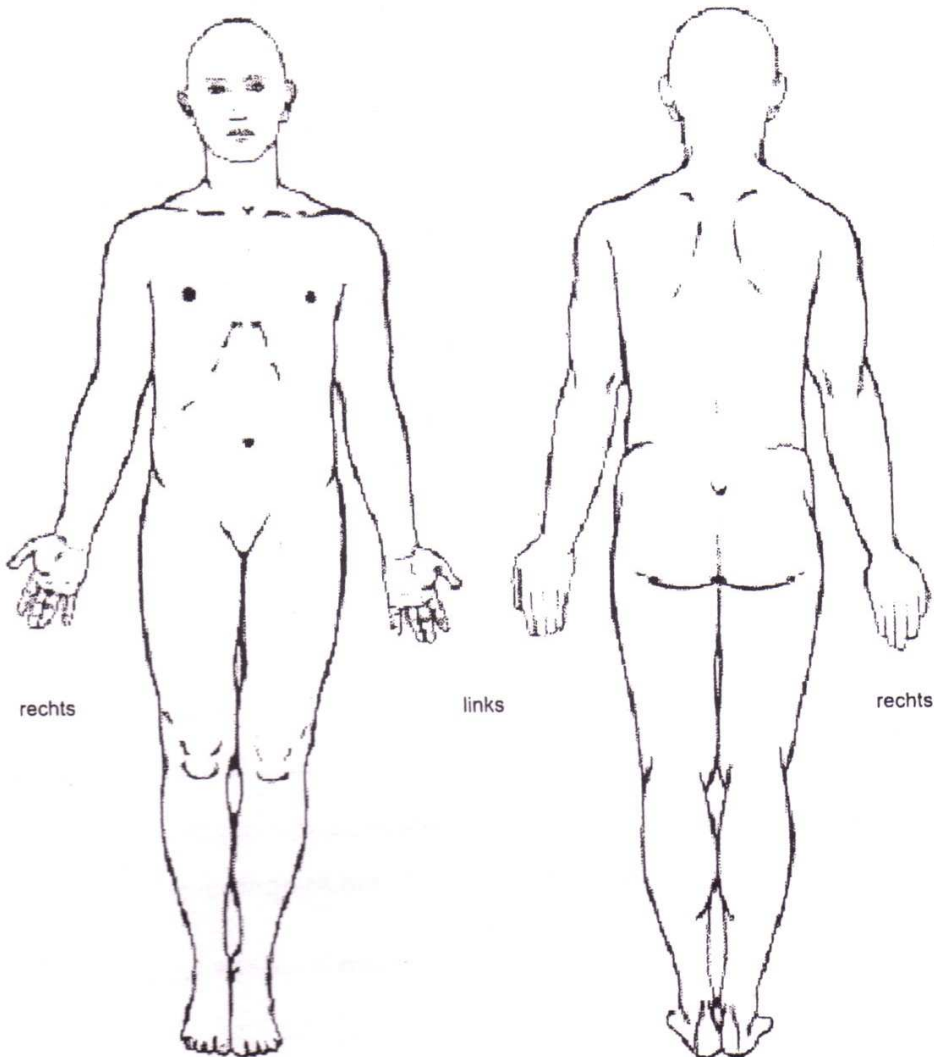
Geburtsdatum : _____ **Alter** : _____ Jahre

Geschlecht : weiblich männlich **Größe** : _____ cm **Gewicht** : _____ kg

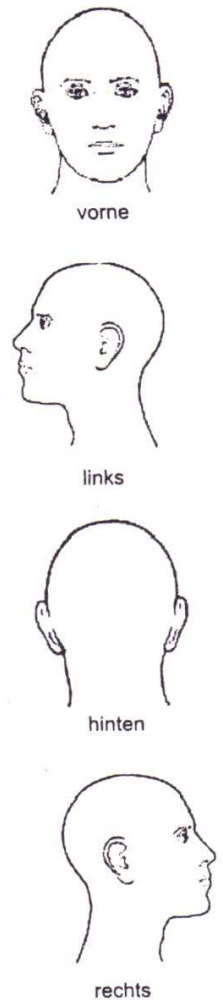
1. Wegen welcher **Schmerzen** kommen Sie **hauptsächlich zur Behandlung** ?

2. Bitte Zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten.

Für Körperschmerzen

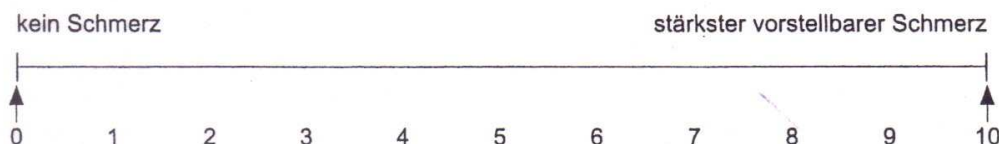


Für Kopf- und Gesichtsschmerzen

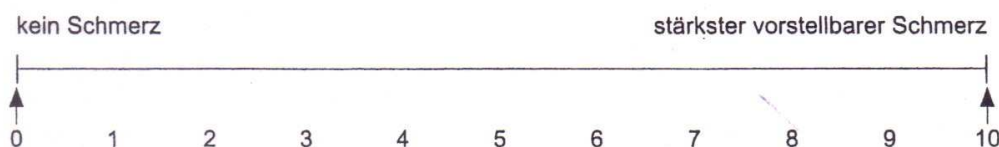


8. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer jeweiligen Schmerzen** an. Kreuzen Sie **auf den unten aufgeführten Linien** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen (auch unter der üblichen Medikation) empfinden. Die Zahlen können Ihnen bei der Einteilung helfen : ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

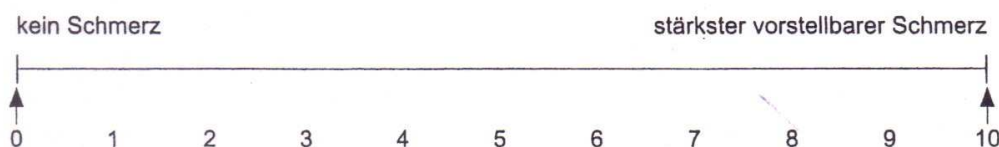
a. Geben Sie bitte zunächst ihre **momentane Schmerzstärke** an :



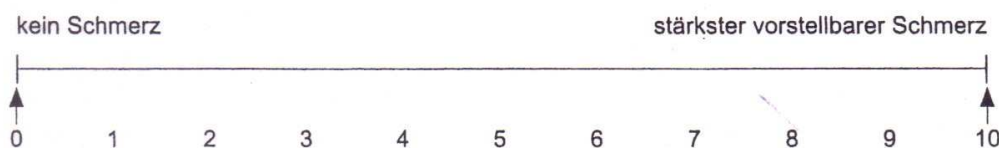
b. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an :



c. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an :



d. Geben Sie jetzt bitte an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich wäre :



9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Zeiten besonders stark ? ja nein
(Bitte notieren Sie Tageszeit, Wochentag bzw. Jahreszeit, Mehrfachangaben möglich)

Wenn „ja“ wann ?

Tageszeit

- jede Uhrzeit möglich
- morgens
- mittags
- nachmittags
- abends
- nachts

Wochentag

- jeder Tag möglich
- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag
- Samstag
- Sonntag

Jahreszeit

- jede Jahreszeit möglich
- Frühjahr
- Sommer
- Herbst
- Winter

Haben sich die **Schmerzen** in den letzten 3 Monaten **verändert** ?

bzgl. Häufigkeit → gleich geblieben häufiger geworden seltener geworden

bzgl. Intensität → gleich geblieben schwächer geworden stärker geworden

bzgl. Charakter → gleich geblieben anders geworden

10. Mit Hilfe von Eigenschaftsworten können Sie genauer beschreiben, **wie Sie Ihre Schmerzen empfinden**. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre **typischen Schmerzen in der letzten Zeit**. Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie **für jedes Wort ein Kreuz**, in wie weit die Aussage für Sie zutrifft. Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten :

3 = trifft genau zu ; 2 = trifft weitgehend zu ; 1 = trifft ein wenig zu ; 0 = trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als :

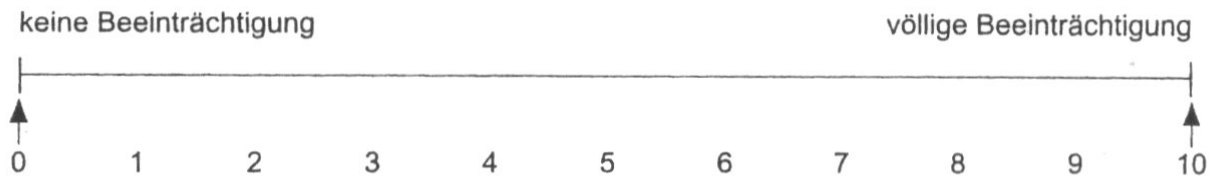
	3	2	1	0
elend				
schauderhaft				
scheußlich				
furchtbar				
dumpf				
drückend				
klopfend				
pochend				
brennend				
heiß				
stechend				
ziehend				

11. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

a **An wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 3 Monaten auf Grund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Schule, Beruf, Haushalt) ?

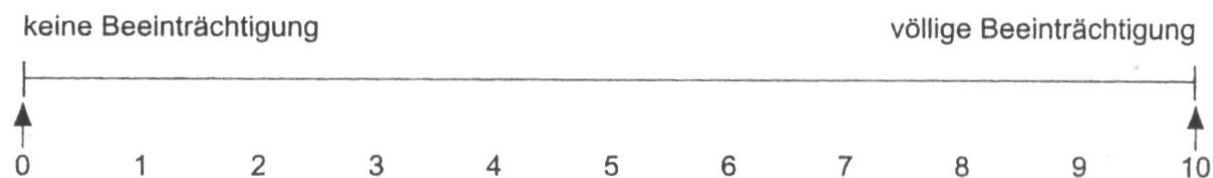
An etwa _____ Tagen

b In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren Alltag

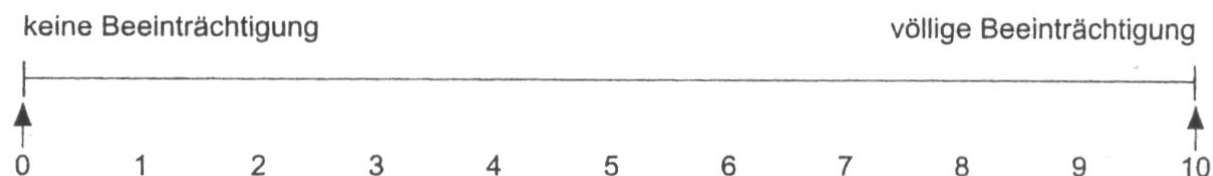


(Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt ?

c In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt ?



d In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt ?



12. **Spüren / Empfinden** Sie im Bereich Ihrer Schmerzen mitunter ...

Bitte ankreuzen	nie	kaum	gering	mittel	stark	sehr stark
eine leichte Berührung (z.B. durch die Bettdecke) als schmerzhaft?						
ein Brenngefühl (wie beim Kontakt mit Brennnesseln)?						
ein Kribbel- / Prickelgefühl (z.B. Ameisenlaufen)?						
blitzartige/elektrisierende Schmerzattacken?						
Kälte/Wärme (z.B. Badewasser) als schmerzhaft?						

Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

Trotz der Schmerzen würde ich sagen,	0	1	2	3	4	5
ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt						
ich bin innerlich erfüllt gewesen						
ich habe mich behaglich gefühlt						
ich habe mein Leben genießen können						
ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen						
ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden						
ich habe mich richtig freuen können						

17. **Von wem** wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht oder behandelt** ? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- keine** Behandlung
- Allgemeinarzt Chirurg Heilpraktiker Internist
- Neurochirurg Neurologe Orthopäde Psychiater
- Psychotherapeut Radiologe Schmerztherapeut
- andere : _____

Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt ? ja nein
welche ? _____

18. **Wie** wurden Ihre Schmerzen bisher **behandelt** ?

Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben. Geben Sie bitte an, ob Ihre **Schmerzen** durch diese Maßnahmen zumindest zeitweilig gelindert wurden.

	wirksam		
	ja	teilweise	nein
<input type="checkbox"/> bisher keine Schmerzbehandlung			
<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infusionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einspritzungen am Rückenmark (z.B. Epidural)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chiropraktik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medikamentenentzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kur-/ Reha-Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anderes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wurden Sie schon einmal **operiert** nein ja _____ mal

Wichtig für die Beantwortung dieser Frage sind auch „kleinere operativer Eingriffe“, die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden. z.B. Nasenoperationen, Gelenk- oder Bauchspiegelungen. Bitte markieren Sie, welche Operation **wegen Ihrer Schmerzen** durchgeführt wurde

Art der Operation	Datum	wegen Schmerzen
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

20. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie in der nachfolgenden Tabelle alle Medikamente ein, die Sie **zur Zeit** einnehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel usw.)

Beispiel	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf	
<i>Oxygesic 10 mg</i>	<i>1Tbl.</i>	<i>0</i>	<i>1 Tbl.</i>	<i>0</i>	<input type="checkbox"/>	
<i>Oxygesic 5 mg</i>					<input type="checkbox"/>	<i>ca. 5 x 1 Tbl.</i>
Medikament <i>Handelsname/Inhaltsstoffe</i>	Ich nehme das Medika- ment regelmäßig				Ich nehme das Medika- ment nur bei Bedarf	
---	früh	mittags	abends	spät	---	Ungefähr <u>wie oft</u> im Monat

					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	

21. Frühere Schmerzmedikamente : Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben. Bitte bewerten Sie auch deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen.

Ihre früheren Schmerz- Medikament/Handelsname	Wirksam ? Bitte ankreuzen !			Nebenwirkungen ? Bitte beschreiben
	nein	etwas	ja	
---				---
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Falls der Platz nicht ausreicht, benutzen Sie bitte ein Extrablatt.

22. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente ? ja nein
wenn „ja“ gegen welche ?

Falls der Platz nicht ausreicht, benutzen Sie bitte ein Extrablatt.

23. Im Folgenden sind **verschiedene Lebensbereiche** angesprochen. Bitte kreuzen Sie jeweils an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in diesen Lebensbereichen beeinträchtigt werden. (0= keine / 10 = sehr stark)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Häusliche und familiäre Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit , Erholung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Unternehmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haus- und Berufsarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständigkeit in Körperpflege und Alltagsverrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer Erkrankung bitten wir Sie im Folgenden um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre **allgemeine und seelische Verfassung**. Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in den letzten 14 Tagen (inklusive heute)** am ehesten zutrifft bzw. zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz für jede Feststellung und lassen Sie bitte keine aus. Überlegen Sie nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

Ich fühle mich angespannt und überreizt			Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst		
<input type="checkbox"/>	meistens	3	<input type="checkbox"/>	fast immer	3
<input type="checkbox"/>	oft	2	<input type="checkbox"/>	sehr oft	2
<input type="checkbox"/>	von Zeit zu Zeit gelegentlich	1	<input type="checkbox"/>	manchmal	1
<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht	0	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht	0

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein			Ich fühle mich glücklich		
<input type="checkbox"/>	ja, tatsächlich sehr	3	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht	3
<input type="checkbox"/>	ziemlich	2	<input type="checkbox"/>	selten	2
<input type="checkbox"/>	nicht sehr	1	<input type="checkbox"/>	manchmal	1
<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht	0	<input type="checkbox"/>	meistens	0

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte			Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen		
<input type="checkbox"/>	ja, sehr stark	3	<input type="checkbox"/>	ja, soviel wie immer	0
<input type="checkbox"/>	ja, aber nicht allzu stark	2	<input type="checkbox"/>	nicht mehr ganz so viel	1

<input type="checkbox"/>	etwas, aber es macht mir keine Sorgen	1	<input type="checkbox"/>	inzwischen viel weniger	2
<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht	0	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht	3

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

Ich habe das Interesse an meiner äußeren erscheinung verloren

<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht	0	<input type="checkbox"/>	ja, stimmt genau	3
<input type="checkbox"/>	gelegentlich	1	<input type="checkbox"/>	ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte	2
<input type="checkbox"/>	ziemlich oft	2	<input type="checkbox"/>	möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum	1
<input type="checkbox"/>	sehr oft	3	<input type="checkbox"/>	Ich kümmere mich soviel darum, wie immer	0

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

Ich kann mich heute noch so freuen, wie früher

<input type="checkbox"/>	einen Großteil der Zeit	3	<input type="checkbox"/>	ganz genau so	0
<input type="checkbox"/>	verhältnismäßig oft	2	<input type="checkbox"/>	nicht ganz so sehr	1
<input type="checkbox"/>	von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft	1	<input type="checkbox"/>	nur noch ein wenig	2
<input type="checkbox"/>	nur gelegentlich/nie	0	<input type="checkbox"/>	kaum oder gar nicht	3

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

Ich blicke mit Freude in die Zukunft

<input type="checkbox"/>	ja, tatsächlich sehr oft	3	<input type="checkbox"/>	ja, sehr	0
<input type="checkbox"/>	ziemlich oft	2	<input type="checkbox"/>	eher weniger als früher	1
<input type="checkbox"/>	nicht sehr oft	1	<input type="checkbox"/>	viel weniger als früher	2
<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht	0	<input type="checkbox"/>	kaum bis gar nicht	3

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen

<input type="checkbox"/>	ja, natürlich	0	<input type="checkbox"/>	oft	0
<input type="checkbox"/>	gewöhnlich schon	1	<input type="checkbox"/>	manchmal	1
<input type="checkbox"/>	nicht oft	2	<input type="checkbox"/>	eher selten	2
<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht	3	<input type="checkbox"/>	sehr selten	3

25. **Ich denke des öfteren daran, mir das Leben zu nehmen** ja nein

26. Die folgenden Fragen beziehen sich auf **die letzten 14 Tage** :

a. Wie war Ihr **allgemeines Wohlbefinden**? Ordnen Sie Ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechten Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen Sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.

Sehr schlecht sehr gut
-100 _____ 0 _____ +100

b. Wie war Ihre nächtlich **Schlafdauer**: ausreichend nicht ausreichend

c. Hatten Sie **Dauerschmerzen** ? nein ja

d. Wurden Sie durch Ihre Schmerzen **in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt**?

nein ein wenig deutlich stark fast völlig

e. Haben die Schmerzen Ihre **Stimmung beeinträchtigt**?

nein ein wenig deutlich stark sehr stark

f. Hatten Sie das Gefühl, die **Schmerzen lindernd beeinflussen** zu können?

nein ein wenig deutlich stark sehr stark

g. Hatten Sie **sonstige Beschwerden**? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung | <input type="checkbox"/> Schwitzen | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | |

27. Bei diesen Fragen geht es um die **Beurteilung Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes**. Ihre Antworten ermöglichen, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

Wie würden Sie Ihren **Gesundheitszustand im Allgemeinen** beschreiben?

ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, Staubsaugen, Kegeln, Tennis spielen

ja, stark eingeschränkt ja, etwas eingeschränkt nein, überhaupt nicht eingeschränkt

mehrere Treppenabsätze steigen

ja, stark
eingeschränkt

ja, etwas
eingeschränkt

nein, überhaupt
nicht eingeschränkt

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen **aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

ich habe viel weniger geschafft als ich wollte ja nein

ich konnte nur bestimmte Dinge tun ja nein

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen **aufgrund seelischer Probleme** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

ich habe viel weniger geschafft als ich wollte ja nein

ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten ja nein

Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen **bei der Ausübung ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?**

überhaupt nicht ein bisschen mäßig ziemlich sehr

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den **vergangenen 4 Wochen** gegangen ist (bitte kreuzen Sie in jeder Zeile den Begriff an, der Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie **in den vergangenen 4 Wochen...**

	immer	meistens	ziemlich	manchmal	selten	nie
... ruhig und gelassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... voller Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... entmutigt und traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre **Kontakte zu anderen Menschen** (Besuche bei Freunden, Bekannten usw.) beeinträchtigt?

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen**? Wenn ja, wie sehr sind Sie durch diese in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt? Im Folgenden sind verschiedene Krankheitsgruppen aufgeführt. Wenn Sie an einer Krankheit leiden, die nicht genannt ist, tragen Sie Ihre Erkrankung bitte unter „andere Erkrankungen“ ein. Schätzen Sie bitte ein, wie stark sie durch diese Erkrankung (oder deren Behandlung) in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind.

Nein, ich habe keine weiteren Krankheiten

ja, ich habe folgende weitere Krankheit/-en Grad der Beeinträchtigung

	keine	leicht	mäßig	stark
<input type="checkbox"/> Bösartige Erkrankungen / Tumorleiden / Krebs welche : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erkrankung des Nervensystems, Gehirns, und Rückenmarks welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Atemwege welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erkrankung von Herz oder Kreislauf welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Magen-, Darmerkrankungen welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erkrankungen von Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erkrankungen von Niere, Harnwegen oder Geschlechtsorganen welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stoffwechsel-Erkrankungen welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems/ des Bindegewebes welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Immunschwäche (z.B. HIV/ Aids; etc.) welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> seelische Leiden welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> andere Erkrankungen welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Risikofaktoren (z.B. Hepatitis) welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten, Allergien welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Möchten Sie noch weitere Angaben Machen? Verwenden Sie hierzu bitte ggf. ein
zusätzliches Blatt Papier!

Bitte notieren Sie soweit möglich jeweils Namen, Fachrichtung und Adresse von **Ärzten, Heilpraktikern und anderen Therapeuten**, bei denen Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits in Behandlung waren oder sind:

Name	Fachrichtung	Adresse	von – bis

Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** stationären Behandlungen (**Krankenhausaufenthalte**):

Klinik	Adresse	von – bis

Bitte notieren Sie hier Ihre **Schmerzbezogenen** Aufenthalte in **Kur- oder Rehabilitationskliniken**:

Klinik	Adresse	von – bis

Zur **vollständigen Erfassung Ihrer Krankheitsgeschichte** werden evtl. die Befunde der aufgeführten ärztlichen Kollegen bzw. der aufgeführten therapeutischen Einrichtungen benötigt. Die Befunde dürfen nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis angefordert werden. Aus diesem Grund bitten wir Sie, die nachfolgende sog. **Schweigepflichtentbindung zu unterschreiben**.

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin mit der Anforderung von Unterlagen, die der Vervollständigung meiner Krankheitsgeschichte dienen, durch: →

einverstanden.

Datum: _____

Tag Monat Jahr

Unterschrift

Zwischendokumentation

Datum(gestern) _____

Tag Monat Jahr

Patienten-Nr.: _____ **Wochentag:** Mo Di Mi Do Fr Sa So

1. Schmerzstärke / Angaben zur Schmerzbehandlung

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
I _____ I

morgens: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Stunden) (Minuten)

Maßnahmen: _____

kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
I _____ I

vormittags: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Stunden) (Minuten)

Maßnahmen: _____

kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
I _____ I

mittags : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Stunden) (Minuten)

Maßnahmen: _____

kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
I _____ I

nachmittags: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Stunden) (Minuten)

Maßnahmen: _____

kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
I _____ I

abends: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Stunden) (Minuten)

Maßnahmen: _____

kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
I _____ I

nachts : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Stunden) (Minuten)

Maßnahmen: _____

2. Erträglichkeit/ individuelles Behandlungsziel

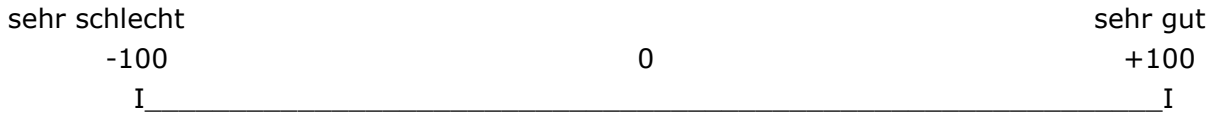
Bei welcher **Schmerzstärke** wären die Schmerzen für Sie **erträglich**?

kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
I _____ I

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Tagesablauf (gestern)

a. Wie war Ihr **allgemeines Wohlbefinden**? Ordnen Sie Ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechten Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen Sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.



b. Wie war Ihre nächtlich **Schlafdauer**: ausreichend nicht ausreichend

c. Hatten Sie **Dauerschmerzen** ? nein ja

d. Wurden Sie durch Ihre Schmerzen **in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt**?

- nein ein wenig deutlich stark fast völlig

e. Haben die Schmerzen Ihre **Stimmung beeinträchtigt**?

- nein ein wenig deutlich stark sehr stark

f. Hatten Sie das Gefühl, die **Schmerzen lindernd beeinflussen** zu können?

- nein ein wenig deutlich stark sehr stark

g. Hatten Sie **sonstige Beschwerden**? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung | <input type="checkbox"/> Schwitzen | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | |

4. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer Erkrankung bitten wir Sie im Folgenden um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre **allgemeine und seelische Verfassung**. Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in den letzten 14 Tagen (inklusive heute)** am ehesten zutrifft bzw. zutreffend ist. Machen Sie bitte nur ein Kreuz für jede Feststellung und lassen Sie bitte keine aus. Überlegen Sie nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

Ich fühle mich angespannt und überreizt			Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst		
<input type="checkbox"/>	meistens	3	<input type="checkbox"/>	fast immer	3
<input type="checkbox"/>	oft	2	<input type="checkbox"/>	sehr oft	2
<input type="checkbox"/>	von Zeit zu Zeit gelegentlich	1	<input type="checkbox"/>	manchmal	1
<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht	0	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht	0
Ich fühle mich rastlos, muss immer			Ich fühle mich glücklich		

in Bewegung sein

<input type="checkbox"/>	ja, tatsächlich sehr	3	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht	3
<input type="checkbox"/>	ziemlich	2	<input type="checkbox"/>	selten	2
<input type="checkbox"/>	nicht sehr	1	<input type="checkbox"/>	manchmal	1
<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht	0	<input type="checkbox"/>	meistens	0

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte**Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen**

<input type="checkbox"/>	ja, sehr stark	3	<input type="checkbox"/>	ja, soviel wie immer	0
<input type="checkbox"/>	ja, aber nicht allzu stark	2	<input type="checkbox"/>	nicht mehr ganz so viel	1
<input type="checkbox"/>	etwas, aber es macht mir keine Sorgen	1	<input type="checkbox"/>	inzwischen viel weniger	2
<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht	0	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht	3

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend**Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren**

<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht	0	<input type="checkbox"/>	ja, stimmt genau	3
<input type="checkbox"/>	gelegentlich	1	<input type="checkbox"/>	ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte	2
<input type="checkbox"/>	ziemlich oft	2	<input type="checkbox"/>	möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum	1
<input type="checkbox"/>	sehr oft	3	<input type="checkbox"/>	Ich kümmere mich soviel darum, wie immer	0

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf**Ich kann mich heute noch so freuen, wie früher**

<input type="checkbox"/>	einen Großteil der Zeit	3	<input type="checkbox"/>	ganz genau so	0
<input type="checkbox"/>	verhältnismäßig oft	2	<input type="checkbox"/>	nicht ganz so sehr	1
<input type="checkbox"/>	von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft	1	<input type="checkbox"/>	nur noch ein wenig	2
<input type="checkbox"/>	nur gelegentlich/nie	0	<input type="checkbox"/>	kaum oder gar nicht	3

Entfernung von Ihrer Wohnung bis zu unserer Praxis/ Klinik ca. _____ km

Telefon privat	Telefon dienstlich
Handy	e-mail
Nationalität	Muttersprache

Name, Adresse und Telefonnummer Ihres **überweisenden Arztes:**

Name, Adresse und Telefonnummer der **Ärzte oder Psychotherapeuten**, die Sie zur Zeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von oben):

Krankenversicherung für **ambulante Behandlung:** _____
zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse: _____

Krankenversicherung für **stationäre Behandlung:** _____

Beihilfeberechtigung: nein ja durch: _____

Behandlung aufgrund **anerkanntem BG-Verfahren**
(Arbeitsunfall, Wegeunfall) ja nein

Haben Sie eine **Krankentagegeldversicherung:** ja nein

Besteht eine **Zusatzversicherung?** ja nein

Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt? (Mehrfachantworten sind möglich):

ich lebe allein Ehe-/ Partner Kinder (Schwieger-)Eltern

Welche **Schulbildung** haben Sie?

Keinen Abschluss Hauptschule/ Volksschule Realschule/ Mittlere Reife

Fachhochschulreife Abitur/ allgemeine Hochschulreife

Sind Sie **zur Zeit berufstätig?** (trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind)

Ja, ich bin zur Zeit berufstätig, d.h. habe einen Arbeitsplatz

Nein, ich bin zur Zeit nicht berufstätig

Bitte nur beantworten, wenn Sie zur Zeit berufstätig sind.

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?

Sind Sie **zur Zeit arbeitsunfähig?** ja nein

Wenn „ja“, glauben Sie, dass Sie wieder an

Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können? ja nein

Wie viele Tage waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?

keine Arbeitsunfähigkeit vorübergehende arbeitsunfähig an _____Tagen
(0 - 92)

durchgehend arbeitsunfähig seit _____
Tag Monat Jahr

Bitte nur beantworten, wenn Sie zur Zeit nicht berufstätig sind.

Schüler/in, Student/in in Ausbildung/Umschulung Hausfrau/Hausmann
 arbeitslos/erwerbslos seit _____ / _____ berentet
Monat Jahr

Beabsichtigen Sie, einen **Rentenantrag** oder einen Antrag auf Renten-Änderung zu stellen? ja nein

Haben Sie einen **Rentenantrag/** einen Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist ja nein

wenn ja, wegen: _____ Datum: _____

Ist bereits ein **Rentenantrag abgelehnt** worden? ja nein
Tag Monat Jahr

Befindet sich derzeit ein Rentenantrag im **Widerspruchsverfahren**? ja nein

Beziehen Sie derzeit eine **Rente**? ja nein

wenn „ja“, auf Zeit bis wann: _____
Tag Monat Jahr

endgültig seit wann: _____
Tag Monat Jahr

wenn „ja“, Berentung welcher Art?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vorgezogenes Altersruhegeld | <input type="checkbox"/> teilweise Erwerbsminderung |
| <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> volle Erwerbsminderung |
| <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> Unfallrente |
| <input type="checkbox"/> Erreichen der Altersgrenze | <input type="checkbox"/> Witwen- oder Waisenrente |

Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten **Grad der Behinderung** (GdB) ja nein

wenn „ja“, wie hoch ist der Grad der GdB? _____%

Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt? ja nein