

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ (Tag) \_\_\_\_\_ (Monat) \_\_\_\_\_ (Jahr)

Alter: \_\_\_\_\_ (in Jahren) ID: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich Größe: \_\_\_\_\_ (in cm) Gewicht: \_\_\_\_\_ (in kg)

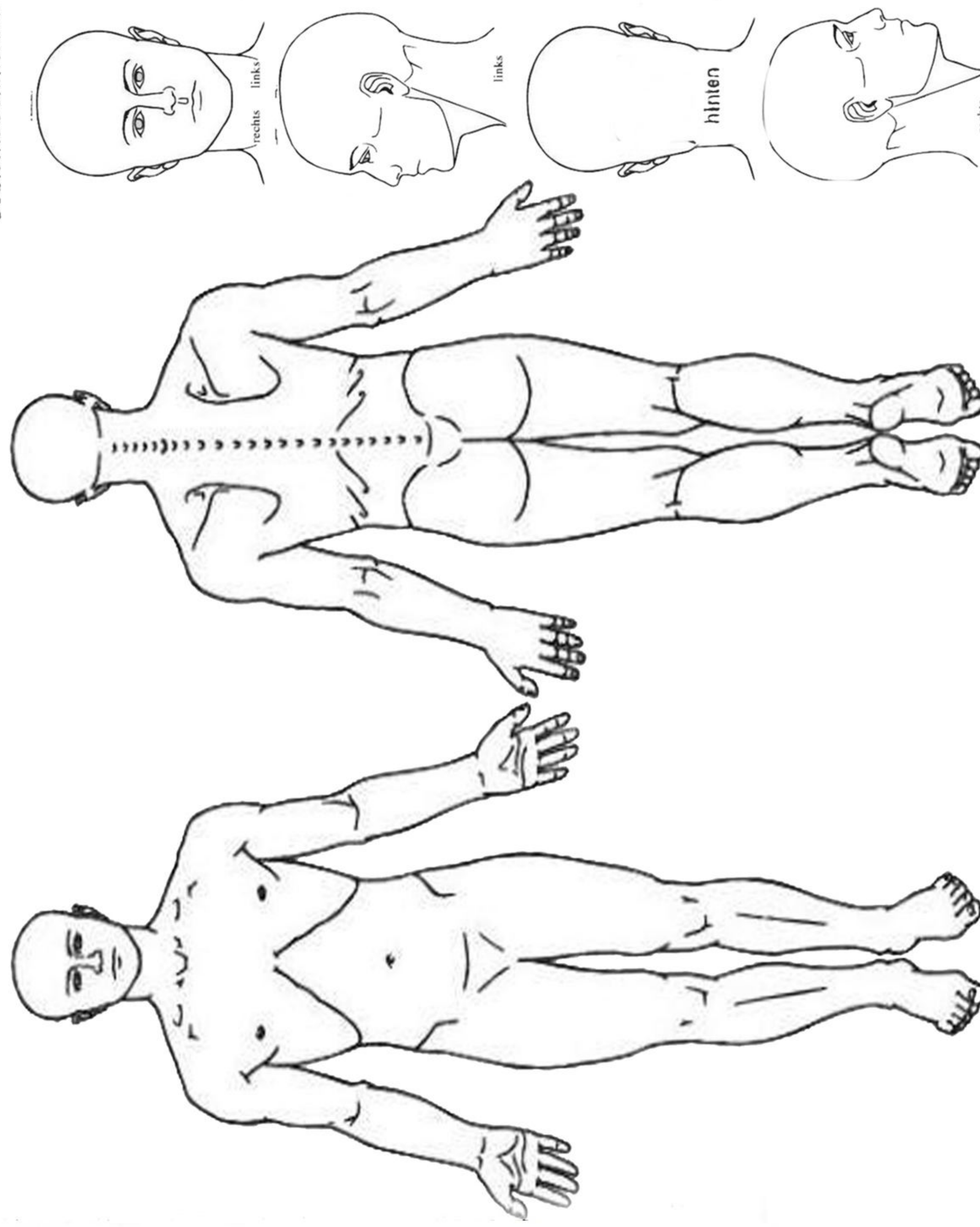
1.) Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

rechts links links rechts links rechts Für Kopf- und Gesichtsschmerzen



3.) Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit Ihren eigenen Worten (z.B. „ziehender oder brennender oder pochender Schmerz, in der Schulter beginnend, in den Unterarm ausstrahlend; verstärkt bei Bewegung“):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Fragen zum Schmerz / Körperschema

### Begleiterkrankung(en)

Grad der Beeinträchtigung  
keine leicht mäßig stark

- Erkrankungen von Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse  
welche: \_\_\_\_\_
- Erkrankungen von Niere, Harnwegen oder Geschlechtsorganen  
welche: \_\_\_\_\_
- Stoffwechsel-Erkrankungen  
welche: \_\_\_\_\_
- Hauterkrankungen  
welche: \_\_\_\_\_
- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems/ des Bindegewebes  
welche: \_\_\_\_\_
- Immunschwäche (z.B. HIV/ AIDS; etc.)  
welche: \_\_\_\_\_
- Blutgerinnungsstörungen  
welche: \_\_\_\_\_
- seelische Leiden  
welche: \_\_\_\_\_
- andere Erkrankungen  
welche: \_\_\_\_\_
- Risikofaktoren (z.B. Hepatitis)  
welche: \_\_\_\_\_
- Unverträglichkeiten, Allergien  
welche: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.) **Seit wann** bestehen Ihre Schmerzen?

- weniger als 1 Monat     1/2 bis 1 Jahr     2 bis 5 Jahre  
 1 Monat bis 1/2 Jahr     1 bis 2 Jahre     mehr als 5 Jahre

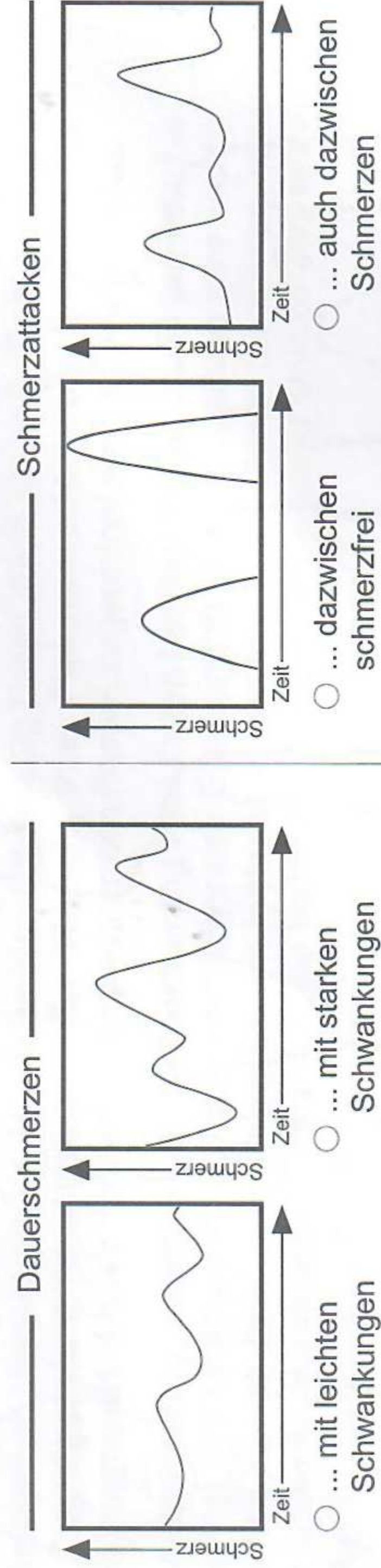
Können Sie ein **genaues Datum** angeben?

(Tag)     (Monat)     (Jahr)

5.) Haben Sie **ein einziges Schmerzbild** oder können Sie **mehrere verschiedene Schmerzbilder** (z.B. Kreuz- und Knienschmerzen; verschiedene Kopf- und Gesichtsschmerzen) voneinander unterscheiden?

- ein einziges Schmerzbild     zwei Schmerzbilder     mehrere Schmerzbilder

6.) Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu? (Bitte nur eine Angabe machen!)



Wenn Sie unter Schmerzattacken leiden, ...

... **wie lange** dauert dann durchschnittlich eine Schmerzattacke?

- Sekunden/ Minuten     Stunden     bis zu drei Tage     länger als drei Tage

... **wie oft** treten Ihre Schmerzattacken zur Zeit auf? (Mehrfachangaben sind möglich)

- mehrfach täglich     einmal täglich     mehrfach wöchentlich  
 einmal wöchentlich     mehrfach monatlich     einmal monatlich  
 seltener, wie oft pro Jahr: \_\_\_\_\_

7.) **Seit wann** bestehen Ihre Hauptschmerzen in ihrer **heutigen Stärke und Ausprägung**?

- von Beginn an     seit  Wochen     Monaten     Jahren

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 Ihrer 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.

Hatten Sie in den vergangenen vier 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 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 vier 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 vier 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 vier Wochen** ...

- ... ruhig und gelassen .....  immer     meistens     ziemlich     manchmal     selten     nie  
 ... voller Energie .....  immer     meistens     manchmal     selten     nie  
 ... entmutigt und traurig .....  immer     meistens     manchmal     selten     nie

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

- immer     meistens     manchmal     selten     nie

M. Bullinger & I. Kirchner, SF-12; © Hogrefe-Verlag

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:**

- bösartige Erkrankungen/ Tumorerleiden/ Krebs**

welche: \_\_\_\_\_

- Erkrankung des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks**

welche: \_\_\_\_\_

- Erkrankung der Atemwege**

welche: \_\_\_\_\_

- Erkrankungen von Herz oder Kreislauf**

welche: \_\_\_\_\_

- Magen-, Darmerkrankungen**

welche: \_\_\_\_\_

**Grad der Beeinträchtigung**  
 keine    leicht    mäßig    stark

Lebensqualität / Begleiterkrankung(en)

Fragen zum Schmerz

## Allgemeinbefinden / Lebensqualität

### Fragen zum Schmerz / Schmerzintensität

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

1. 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.



2. War Ihre nächtliche **Schlafdauer**:  ausreichend  nicht ausreichend

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

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

nein  ein wenig  deutlich  stark  fast völlig

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

nein  ein wenig  deutlich  stark  sehr stark

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

nein  ein wenig  deutlich  stark  sehr stark

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

- keine  Müdigkeit  Niedergeschlagenheit
- Übelkeit  Appetitlosigkeit  Lustlosigkeit
- Magenbeschwerden  Schlafstörungen  Schwindel
- Konzentrationsstörung  Schwitzen  Verstopfung

andere: \_\_\_\_\_

© G. Müller-Schwefe, H. Seemann, D. Jungck, T. Flöler

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

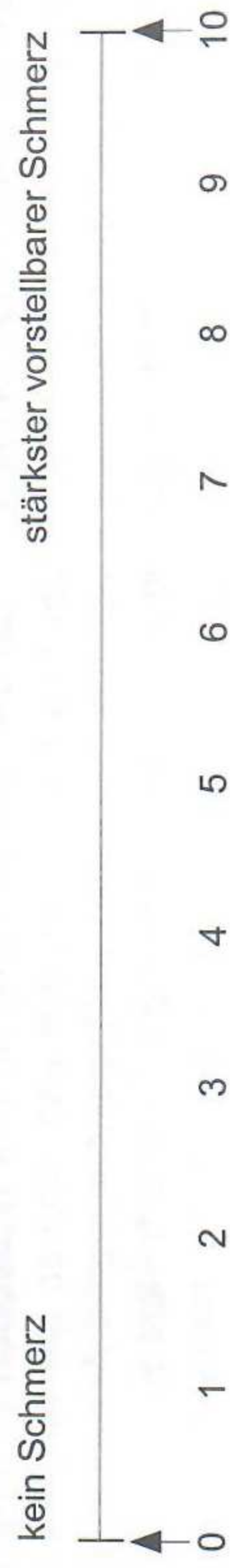
ja, stark eingeschränkt  ja, etwas eingeschränkt  nein, überhaupt nicht eingeschränkt

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 weniger geschafft als ich wollte.  ja  nein

Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.  ja  nein

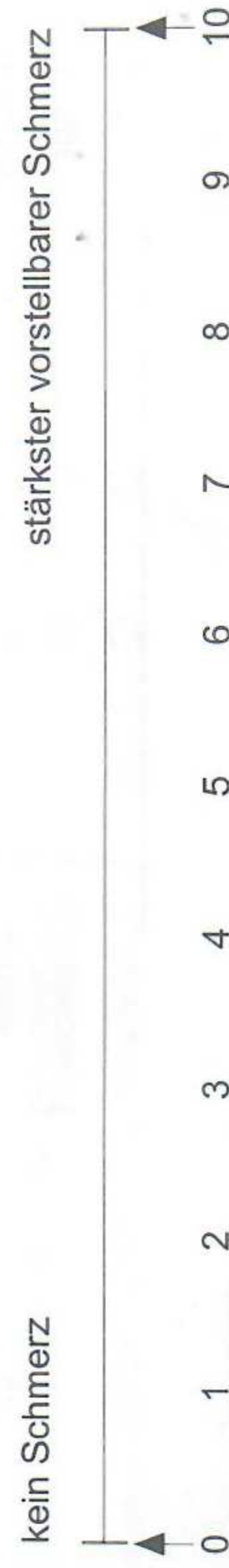
1. Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:



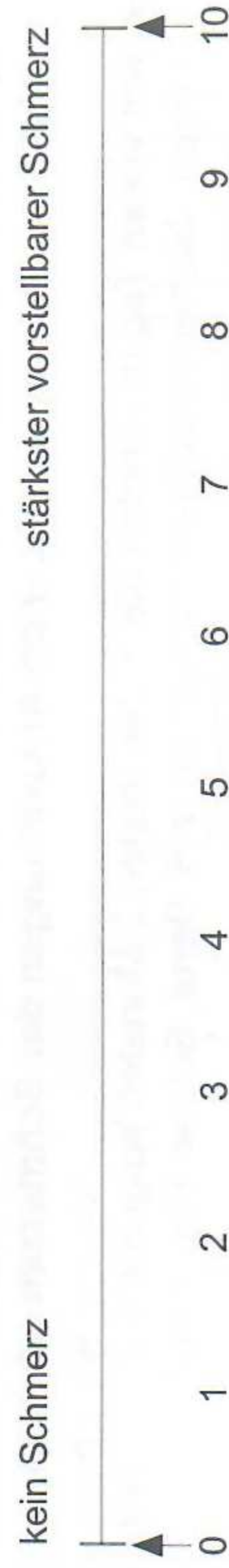
2. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:



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



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



9.) Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Zeiten besonders stark?

(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
- Frühling
- Sommer
- Herbst
- Winter

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

- bzgl. Häufigkeit  $\rightarrow$   gleich geblieben  häufiger geworden  seltener geworden
- bzgl. Intensität  $\rightarrow$   gleich geblieben  schwächer geworden  stärker geworden
- bzgl. Charakter  $\rightarrow$   gleich geblieben  anders geworden

10.) Mit der folgenden Liste von Eigenschaftswörtern 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, inwieweit 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 ...

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
... elend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... schauderhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... scheußlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... furchtbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... dumpf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... drückend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... klopfend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... pochend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... brennend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... heiß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... stechend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ziehend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

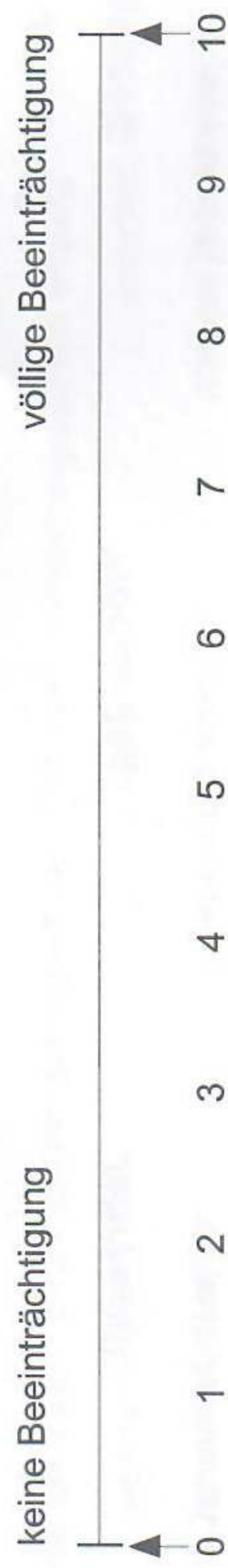
SBL © Korb 2006

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.

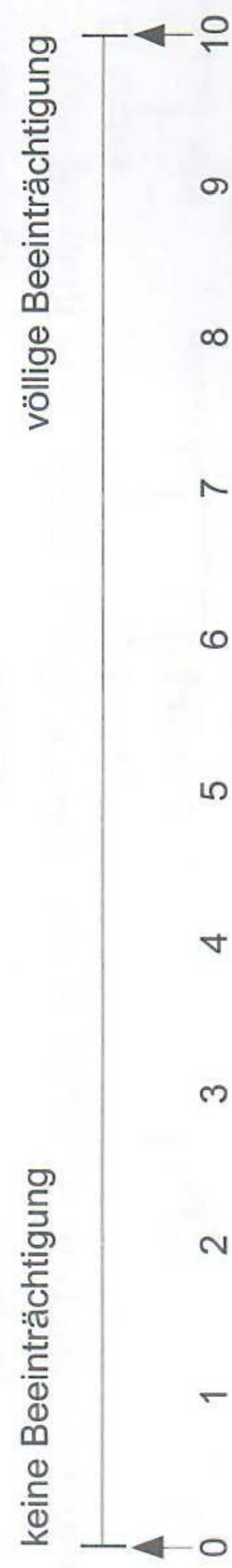
1. An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa  Tagen

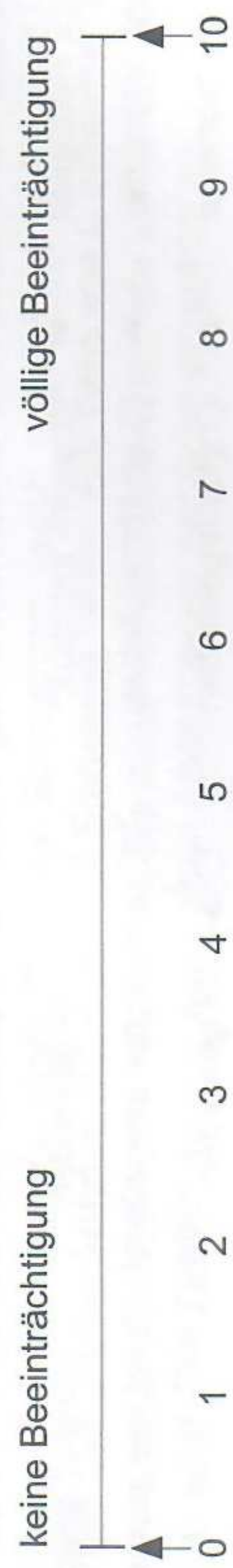
2. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?



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



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



Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

fast immer 3  
 sehr oft 2  
 manchmal 1  
 überhaupt nicht 0

Ich fühle mich angespannt oder überreizt

meistens 3  
 oft 2  
 von Zeit zu Zeit/ gelegentlich 1  
 überhaupt nicht 0

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

ja, tatsächlich sehr 3  
 ziemlich 2  
 nicht sehr 1  
 überhaupt nicht 0

Ich fühle mich glücklich

überhaupt nicht 3  
 selten 2  
 manchmal 1  
 meistens 0

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

ja, sehr stark 3  
 ja, aber nicht allzu stark 2  
 etwas, aber es macht mir keine Sorgen 1  
 überhaupt nicht 0

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

ja, so viel wie immer 0  
 nicht mehr ganz so viel 1  
 inzwischen viel weniger 2  
 überhaupt nicht 3

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

überhaupt nicht 0  
 gelegentlich 1  
 ziemlich oft 2  
 sehr oft 3

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

ja, stimmt genau 3  
 ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich aussieht 2  
 möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum 1  
 ich kümmere mich so viel darum wie immer 0

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

einen Großteil der Zeit 3  
 verhältnismäßig oft 2  
 von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft 1  
 nur gelegentlich/ nie 0

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

ganz genau so 0  
 nicht ganz so sehr 1  
 nur noch ein wenig 2  
 kaum oder gar nicht 3

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

ja, tatsächlich sehr oft 3  
 ziemlich oft 2  
 nicht sehr oft 1  
 überhaupt nicht 0

Ich blicke mit Freude in die Zukunft

ja, sehr 0  
 eher weniger als früher 1  
 viel weniger als früher 2  
 kaum bis gar nicht 3

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

ja, natürlich 0  
 gewöhnlich schon 1  
 nicht oft 2  
 überhaupt nicht 3

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

oft 0  
 manchmal 1  
 eher selten 2  
 sehr selten 3

© Herrmann et al. 1996; HADS; © Hogrefe-Verlag

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

## Einschränkung(en) / Neuropathie?

## Stimmung & Affekt

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-Medikamente (bitte Handelsname angeben)	wirksam? (bitte ankreuzen)		Nebenwirkungen? (bitte beschreiben)
	nein	etwas ja	
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Falls der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht, benutzen Sie bitte ein Extrablatt!

22.) **Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?**  ja  nein

wenn „ja“, gegen welche?

Falls der Platz für Ihre Angaben 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.

	keine Beeinträchtigung		völlige Beeinträchtigung	
	↓	↑	↓	↑
häusliche und familiäre Aktivitäten .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freizeit/ Erholung .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
soziale Unternehmungen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haus- und Berufsarbeit .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbstständigkeit in Körperpflege und .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alltagsverrichtungen	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

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.

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

	nie	kaum	gering	mittel	stark	sehr stark
... eine leichte Berührung (z.B. durch die Bettdecke) als schmerzhaft? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ein Brenngefühl (z.B. wie beim Kontakt mit Brennesseln)? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ein Kribbel-/ Prickelgefühl (z.B. Ameisenlaufen)? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... blitzartige/ elektrisierende Schmerzattacken? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Kälte/ Wärme (z.B. Badewasser) als schmerzhaft? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ein Taubheitsgefühl? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... bei leichtem Druck (z.B. mit einem Finger) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... außergewöhnlich starke Schmerzen? .....	0	1	2	3	4	5

nach R. Freynthagen, T.R. Tölle, U. Gockel, R. Baron, DGN 2005 - Copyright painDETECT, Pfizer Pharma GmbH

13.) **Auf welche Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- für mich ist **keine Ursache** erkennbar
- auf eine bestimmte Krankheit, welche? \_\_\_\_\_
- auf eine Operation, welche? \_\_\_\_\_

Datum der Operation:  (Tag)  (Monat)  (Jahr)

- auf einen Unfall, welche? \_\_\_\_\_
- auf körperliche Belastung
- auf seelische Belastung
- auf eine andere Ursache, welche? \_\_\_\_\_

Datum des Unfalls:  (Tag)  (Monat)  (Jahr)

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen:

Sind nach Ihrer Ansicht alle diesbezüglichen **rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen** abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)?  ja  nein

14.) Was machen Sie selbst, um Ihre **Schmerzen günstig zu beeinflussen**?

(Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen.  Ich tue nichts.

15.) Was löst Ihrer Erfahrung nach **die Schmerzen aus oder verschlimmert sie**?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich weiß es nicht.

## Bisherige Schmerztherapie(n) / Lebensbereiche

## Ursachen / Wohlbefinden

16.) Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein.

Geben Sie bitte an, wie Sie sich in den letzten 14 Tagen meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der 6-stufigen Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu				
	↓		↑				
<b>Trotz der Schmerzen würde ich sagen, ...</b>							
1 ... ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 ... ich bin innerlich erfüllt gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 ... ich habe mich behaglich gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 ... ich habe mein Leben genießen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 ... ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 ... ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 ... ich habe mich richtig freuen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© Herda, Scharfenstein u. Basler 1998; FW7

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

(Mehrfachnennungen 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 auch an, ob Ihre **Schmerzen** durch diese Maßnahmen zumindest zeitweilig gelindert wurden.

	ja	zeitweise	nein
	→	→	→
<b>bisher keine Schmerzbehandlung</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Medikamente</b> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Operationen</b> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Infusionen</b> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden</b> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)</b> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme</b> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Krankengymnastik</b> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Massagen, Bäder, Kälte-/ Wärmetherapie</b> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Elektrische Nervenstimulation (TENS)</b> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Akupunktur</b> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Chiropraktik</b> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Psychotherapie</b> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback</b> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Medikamenten-Entzug</b> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Kur-/ Reha-Behandlung</b> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Anderes:</b> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19.) Wurden Sie schon einmal **operiert**?

nein  ja \_\_\_\_\_ mal  
(wie oft?)

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

<b>Art der Operationen:</b>	<b>Datum:</b>	<b>wegen Schmerzen</b>
1. _____	(Tag) _____ (Monat) _____ (Jahr) _____	<input type="radio"/>
2. _____	(Tag) _____ (Monat) _____ (Jahr) _____	<input type="radio"/>
3. _____	(Tag) _____ (Monat) _____ (Jahr) _____	<input type="radio"/>
4. _____	(Tag) _____ (Monat) _____ (Jahr) _____	<input type="radio"/>

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

<b>Beispiel:</b>	<b>Ich nehme das Medikament regelmäßig</b>	<b>Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf</b>
TARGIN 10/5 mg	früh <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> spät abends <input type="checkbox"/>	wenn zutreffend, ankreuzen <input type="checkbox"/> ungenügend, pro Monat? <input type="checkbox"/>
Palladon 1,3 mg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ca. 5x 1 Tbl. <input type="checkbox"/>

**Medikament** (Handelsname/ Inhaltsstoffe)

	<b>Ich nehme das Medikament regelmäßig</b>	<b>Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf</b>
	früh <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> spät abends <input type="checkbox"/>	wenn zutreffend, ankreuzen <input type="checkbox"/> ungenügend, pro 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"/> <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"/> <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 für Ihre Angaben nicht ausreicht, benutzen Sie bitte ein Extrablatt