

Schmerz- Fragebogen

Schmerztherapeutische Einrichtung

Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Manuelle Medizin

MBA Serbaz Al Mohammad
LANR: 523551604

Siegfriedstraße 18 - 67547 Worms
Tel: +49 (6241) 480016-0 / Fax: -9
BSNR: 480100300

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sicher haben Sie selbst schon erlebt wie schwierig es ist, Ihrem Arzt eine genaue Beschreibung Ihrer Schmerzen zu geben. Er ist jedoch darauf angewiesen, zu erfahren, wie Ihre Schmerzen beschaffen sind und wie Sie auf die Schmerzbehandlung 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.

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Bearbeitung Ihrer Angaben in unserer schmerztherapeutischen Einrichtung entspricht den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

Ihre Fragebogendaten werden in einen EDV-Dokumentationssystem gespeichert, das nur berechtigten Mitarbeitern unserer Abteilung zugänglich ist. Diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Zur Verbesserung der Versorgung werden Daten für eine externe Qualitätssicherung herangezogen. Dabei werden die Daten pseudonymisiert, d.h. sie können Ihnen nicht zugeordnet werden.

Wir bitten Sie hiermit um Ihr Einverständnis zur Abspeicherung der Daten. Dieses Einverständnis können Sie jeder Zeit widerrufen.

Einverständniserklärung

Ich bin mit der Abspeicherung und der pseudonymisierten Verwendung der im Fragebogen erhobenen Daten einverstanden.

Ort und Datum

Vor- und Nachname

Die folgenden vier Zeilen bitte nicht ausfüllen!

Patienten-Nr.: _____

Ausgabe-Datum: _____

Eingangs-Datum: _____

Erster Behandlungstermin: _____

Patient: _____ Datum beim Ausfüllen:

Tag	Monat	Jahr	

1. Geburtsdatum:

Tag		Monat		Jahr	

 Alter: _____ Jahre

2. Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

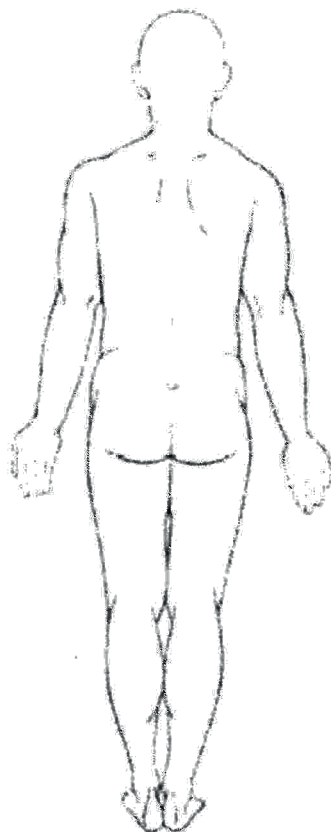
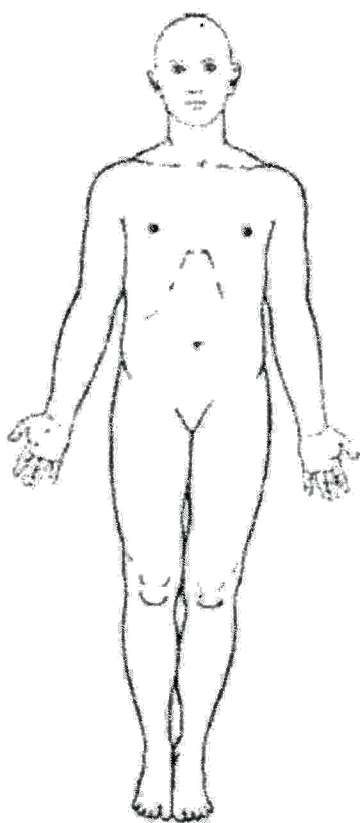
3. Körpergröße (cm):

--	--	--	--

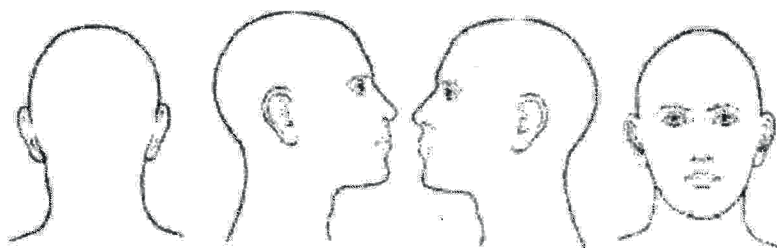
 4. Körpergewicht (kg):

--	--	--	--

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



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:



6. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung? _____

7. a) Seit wann bestehen diese Schmerzen?

weniger als 1 Monat ☐

½ Jahr bis 1 Jahr ☐

2 bis 5 Jahre ☐

1 Monat bis ½ Jahr ☐

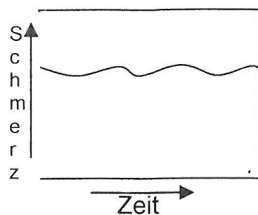
1 bis 2 Jahre ☐

mehr als 5 Jahre ☐

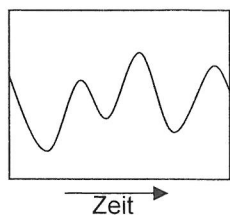
b) Können Sie ein genaues Datum angeben?

Tag		Monat		Jahr	

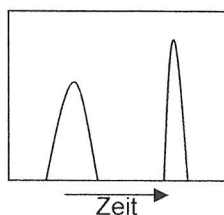
8. a) Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu?
(Bitte nur **eine** Angabe machen!)



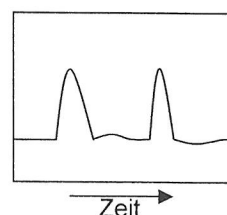
1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

☐


2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen

☐


3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei

☐


4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

☐

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bilder 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

- b) **Wie oft** treten diese Attacken durchschnittlich auf?

mehrfach täglich

☐

einmal täglich

☐

mehrfach wöchentlich

☐

einmal wöchentlich

☐

mehrfach monatlich

☐

einmal monatlich

☐

seltener:

☐

- c) **Wie lange** dauern diese Attacken durchschnittlich?

Stunden

☐

Sekunden

☐

bis zu drei Tagen

☐

Minuten

☐

länger als drei Tage

☐

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark?

wenn ja:

morgens

☐

mittags

☐

nachmittags

☐

ja

☐

abends

☐

nein

☐

nachts

☐

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

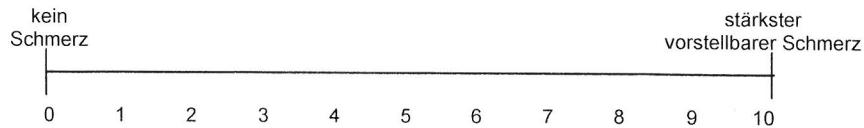
0 = trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als

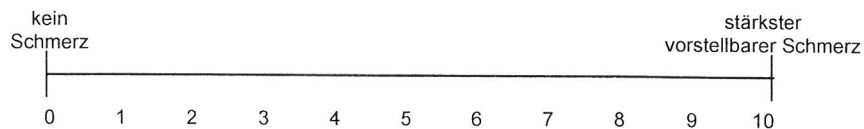
	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0		3	2	1	0
....dumpf	☐	☐	☐	☐	heiß	☐	☐	☐	☐
....drückend	☐	☐	☐	☐	brennend	☐	☐	☐	☐
....pochend	☐	☐	☐	☐	elend	☐	☐	☐	☐
....klopfend	☐	☐	☐	☐	schauderhaft	☐	☐	☐	☐
....stechend	☐	☐	☐	☐	scheußlich	☐	☐	☐	☐
....ziehend	☐	☐	☐	☐	furchtbar	☐	☐	☐	☐

11. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie **auf den unten aufgeführten Linien** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation). 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.

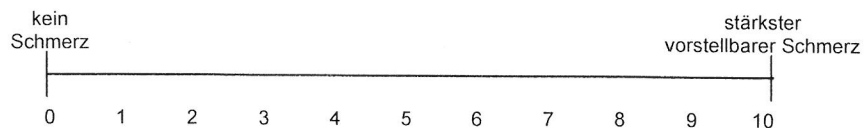
a) Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:



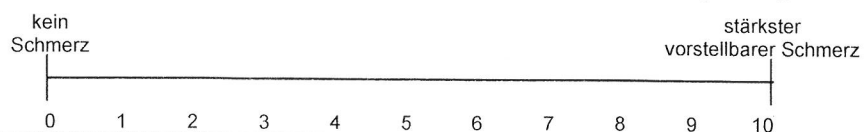
b) Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:



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



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

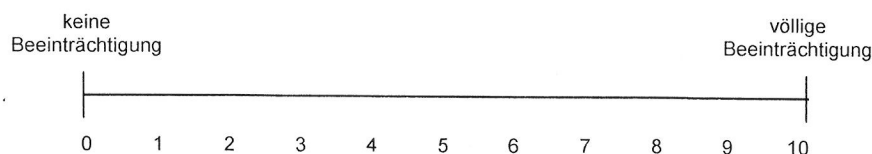


12. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

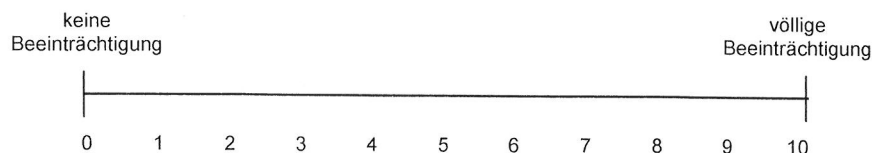
a) **An wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa Tagen

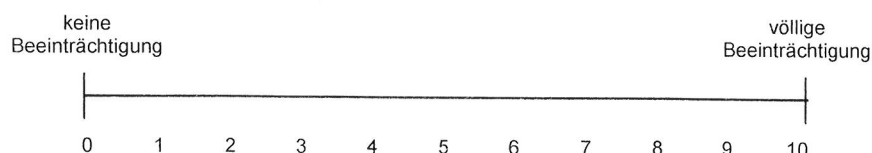
b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?



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?



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

für mich ist **keine Ursache** erkennbar ☐

auf eine bestimmte Krankheit ☐

wenn ja, welche? _____

auf eine Operation ☐

wenn ja, welche? _____

Datum der Operation

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

auf einen Unfall ☐

wenn ja, welchen? _____

Datum des Unfalls

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

auf körperliche Belastung ☐

auf seelische Belastung ☐

auf eine andere Ursache ☐

wenn ja, welche? _____

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

b) Sind 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 ☐

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

Ich weiss es nicht ☐

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 voll- kommen zu
Trotz der Schmerzen würde ich sagen:	0	1	2	3	4	5	
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4. Ich habe mein Leben genießen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
7. Ich habe mich richtig freuen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

17. Zur vollständigen Beurteilung ihrer Erkrankung bitten wir Sie nun 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 zutraf bzw. zutrifft. Machen Sie bitte 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 oder überreizt ☐ meistens ☐ oft ☐ von Zeit zu Zeit / gelegentlich ☐ überhaupt nicht A	Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst ☐ fast immer ☐ sehr oft ☐ manchmal ☐ überhaupt nicht D
Ich kann mich heute noch so freuen wie früher ☐ ganz genau so ☐ nicht ganz so sehr ☐ nur noch ein wenig ☐ kaum oder gar nicht D	Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend ☐ überhaupt nicht ☐ gelegentlich ☐ ziemlich oft ☐ sehr oft A
Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte ☐ ja, sehr stark ☐ ja, aber nicht allzu stark ☐ etwas, aber es macht mir keine Sorgen ☐ überhaupt nicht A	Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren ☐ ja, stimmt genau ☐ ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte ☐ möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum ☐ ich kümmere mich so viel darum wie immer D
Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen ☐ ja, so viel wie immer ☐ nicht mehr ganz so viel ☐ inzwischen viel weniger ☐ überhaupt nicht D	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein ☐ ja, tatsächlich sehr ☐ ziemlich ☐ nicht sehr ☐ überhaupt nicht A
Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf ☐ einen Großteil der Zeit ☐ verhältnismäßig oft ☐ von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft ☐ nur gelegentlich / nie A	Ich blicke mit Freude in die Zukunft ☐ ja, sehr ☐ eher weniger als früher ☐ viel weniger als früher ☐ kaum bis gar nicht D
Ich fühle mich glücklich ☐ überhaupt nicht ☐ selten ☐ manchmal ☐ meistens D	Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand ☐ ja, tatsächlich sehr oft ☐ ziemlich oft ☐ nicht sehr oft ☐ überhaupt nicht A
Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen ☐ ja, natürlich ☐ gewöhnlich schon ☐ nicht oft ☐ überhaupt nicht A	Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen ☐ oft ☐ manchmal ☐ eher selten ☐ sehr selten D

HADS © Herrmann et al. 1996

18. Ich denke des öfteren daran, mir das Leben zu nehmen ja ☐ nein ☐

19. a) Von wem wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen untersucht oder behandelt?

Keine Behandlung ☐Allgemeinarzt ☐Chirurg ☐Heilpraktiker ☐Internist ☐Neurochirurg ☐Neurologe ☐Orthopäde ☐Psychiater ☐Psychotherapeut ☐Radiologe ☐Schmerztherapeut ☐Andere: _____ ☐b) Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt? ja ☐nein ☐

wenn ja, welche? _____

20. 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 zeitweise gelindert wurden.

Erhalten: Wenn ja →

ja	wirksam? vorüber- gehend	nein
☐	☐	☐

bisher keine Schmerzbehandlung	☐				
Medikamente	☐	→	☐	☐	☐
Infusionen	☐	→	☐	☐	☐
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	☐	→	☐	☐	☐
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	☐	→	☐	☐	☐
Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	☐	→	☐	☐	☐
Krankengymnastik	☐	→	☐	☐	☐
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	☐	→	☐	☐	☐
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	☐	→	☐	☐	☐
Akupunktur	☐	→	☐	☐	☐
Chiropraktik	☐	→	☐	☐	☐
Psychotherapie	☐	→	☐	☐	☐
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	☐	→	☐	☐	☐
Medikamenten-Entzug	☐	→	☐	☐	☐
Kur-/Reha-Behandlung	☐	→	☐	☐	☐
Anderes: _____	☐	→	☐	☐	☐

21. Wurden Sie schon einmal operiert?

ja ☐

--	--	--

 mal ☐ nein ☐
wie oft

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

Art der Operation:

Datum:

wg Schmerz↓

- | | | | | | | | | | | |
|----------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|
| 1. _____ | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | ☐ |
| | | | | | | | | | | |
| 2. _____ | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | ☐ |
| | | | | | | | | | | |
| 3. _____ | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | ☐ |
| | | | | | | | | | | |
| 4. _____ | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | ☐ |
| | | | | | | | | | | |
| 5. _____ | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | ☐ |
| | | | | | | | | | | |

Tag

Monat

Jahr

22. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie **zur Zeit** nehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel u.s.w)

Beispiele	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf	
Medikament	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?
Beispiel: Ibuprofen 600	1 Tbl.	1 Tbl.	0	0		
Beispiel: Ibuprofen 200					X	Ca. 7mal 1 Tbl.

	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf	
Bitte hier Ihre Medikamente eintragen:	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?

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

	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen?
Ihre früheren Schmerz-Medikamente	nein	etwas	ja	bitte beschreiben

24. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? ja ☐ nein ☐

wenn ja, gegen welche?

--	--	--

25. Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen?**

Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte. Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. „0“ bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3“ besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebsja ☐ nein ☐

Welche Erkrankung: _____

keine Beeinträchtigung starke
[0] [1] [2] [3]**Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks**

z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall

Andere: _____

ja ☐ nein ☐keine Beeinträchtigung starke
[0] [1] [2] [3]**Erkrankungen der Atemwege** z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung

Andere: _____

ja ☐ nein ☐keine Beeinträchtigung starke
[0] [1] [2] [3]**Erkrankungen von Herz oder Kreislauf** z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie

Andere: _____

ja ☐ nein ☐keine Beeinträchtigung starke
[0] [1] [2] [3]**Magen-, Darmerkrankungen** z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit); Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels); Zustand nach Magen- oder Darmblutung

Andere: _____

ja ☐ nein ☐keine Beeinträchtigung starke
[0] [1] [2] [3]**Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse**

z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse

Andere: _____

ja ☐ nein ☐keine Beeinträchtigung starke
[0] [1] [2] [3]**Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane** z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen

Andere: _____

ja ☐ nein ☐keine Beeinträchtigung starke
[0] [1] [2] [3]**Stoffwechsel-Erkrankungen** z.B. Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte

Andere: _____

ja ☐ nein ☐keine Beeinträchtigung starke
[0] [1] [2] [3]**Hauterkrankungen** z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme

Andere: _____

ja ☐ nein ☐keine Beeinträchtigung starke
[0] [1] [2] [3]**Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes**

z.B. Chronische Polyarthritis, M.Bechterew; rheumatische Muskelentzündung, Skoliose; Osteoporose; Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk; Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers

Andere: _____

ja ☐ nein ☐keine Beeinträchtigung starke
[0] [1] [2] [3]**Seelische Leiden** z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacke, Mager-sucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose

Andere: _____

ja ☐ nein ☐keine Beeinträchtigung starke
[0] [1] [2] [3]**Andere Erkrankungen**

ja ☐ nein ☐keine Beeinträchtigung starke
[0] [1] [2] [3]**Risikofaktoren** Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV

Andere: _____

ja ☐ nein ☐**Unverträglichkeiten, Allergien** z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaubja ☐ nein ☐

Modul L Gesundheitsbezogene Lebensqualität

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.

L-1. 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?

L-2. Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Tennis spielen
ja, stark eingeschränkt ☐ ja, etwas eingeschränkt ☐ nein, überhaupt nicht eingeschränkt ☐

L-3. 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?

L-4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte. ja ☐ nein ☐

L-5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun. ja ☐ nein ☐

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)?

L-6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte. ja ☐ nein ☐

L-7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten. ja ☐ nein ☐

L-8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen **bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zuhause 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** ...

L-9. ruhig und gelassen...
immer ☐ meistens ☐ ziemlich ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie ☐

L-10. voller Energie...
immer ☐ meistens ☐ ziemlich ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie ☐

L-11. entmutigt und traurig...
immer ☐ meistens ☐ ziemlich ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie ☐

L-12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre **Kontakte zu anderen Menschen** (Besuche bei Freunden, Bekannten, usw.) beeinträchtigt?

immer ☐ meistens ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie ☐

Modul S**Sozialrechtliche Situation**

S-1. 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

☐

→ weiter bei Frage S-2

nein, ich bin zur Zeit nicht berufstätig

☐

→ weiter bei Frage S-5

Die Fragen S-2 bis S-4 bitte nur beantworten, wenn Sie zur Zeit berufstätig sind.

S-2. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? _____

S-3. Sind Sie **zur Zeit arbeitsunfähig**?

ja ☐

nein ☐

wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können?

ja ☐

nein ☐

S-4. Wie viele Tage waren Sie in **den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?

ich war in letzten 3 Monaten an _____ Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)

bin durchgehend arbeitsunfähig ☐

seit

Tag

Monat

Jahr

Die Frage S-5 bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind.

S-5. Wenn Sie zur Zeit **nicht berufstätig** sind, sind Sie ...

Schüler/in, Student/in ☐

Hausfrau / Hausmann ☐

berentet ☐

arbeitslos / erwerbslos ☐ seit ____/____ (Monat/Jahr)

S-6. Beabsichtigen Sie einen **Renten-Antrag** oder einen **Antrag auf Renten-Änderung** zu stellen?

ja ☐

nein ☐

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

nein ☐

ja ☐

wenn ja, wegen: _____

am:

Tag

Monat

Jahr

Ist bereits ein **Rentenantrag abgelehnt** worden?

ja ☐

nein ☐

Befindet sich derzeit ein Rentenanspruch im **Widerspruchsverfahren**?

ja ☐

nein ☐

S-7. 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?

vorgezogenes Altersruhegeld ☐

Berufsunfähigkeit ☐

Erwerbsunfähigkeit ☐

Erreichen der Altersgrenze ☐

Teilweise Erwerbsminderung ☐

Volle Erwerbsminderung ☐

Unfallrente ☐

Witwen- oder Waisenrente ☐

S-8. Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten **Grad der Behinderung**? (GdB) ja ☐ nein ☐ → wenn ja, wie hoch ist der GdB? _____

Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt?

ja ☐

nein ☐

Modul V **Vorbehandlungen**

V-1 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	in Behandlung von – bis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

V-2 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** stationären Behandlungen (**Krankenhausaufenthalte**)

Name	Adresse	von – bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

V-3 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** Aufenthalte in **Kur- oder Rehabilitationskliniken**

Name	Adresse	von – bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wir benötigen zur **vollständigen Erfassung Ihrer Krankheitsgeschichte** evtl. die Befunde der aufgeführten ärztlichen Kollegen bzw. der aufgeführten therapeutischen Einrichtungen.

Die Befunde dürfen wir nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis anfordern. Wir bitten Sie daher, die nachfolgende so genannte Entbindung von der Schweigepflicht zu unterschreiben.

Entbindung von der Schweigepflicht

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

Stempelfeld

einverstanden.

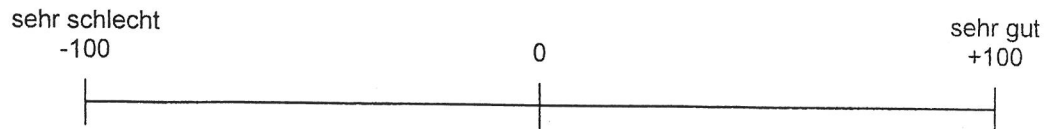
Ort und Datum

Vor- und Nachname

Modul A Allgemeinbefindlichkeit

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

A-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.



A-2. War Ihre nächtliche **Schlafdauer**...

...ausreichend? ☐

...nicht ausreichend? ☐

A-3. Hatten Sie **Dauerschmerzen**:

nein ☐ ja ☐

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

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

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

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark ☐

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

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark ☐

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

keine ☐

Müdigkeit ☐

Übelkeit ☐

Magenbeschwerden ☐

Konzentrationsstörung ☐

Andere

Niedergeschlagenheit ☐

Appetitlosigkeit ☐

Schlafstörungen ☐

Schwitzen ☐

Lustlosigkeit ☐

Schwindel ☐

Verstopfung ☐