

Patient: _____ Datum beim Ausfüllen:

| | | | |
|-----|-------|------|--|
| | | | |
| Tag | Monat | Jahr | |

1. Geburtsdatum:

| | | | | | | | |
|-----|--|-------|--|------|--|--|--|
| | | | | | | | |
| Tag | | Monat | | Jahr | | | |

 Alter: _____ Jahre

2. Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

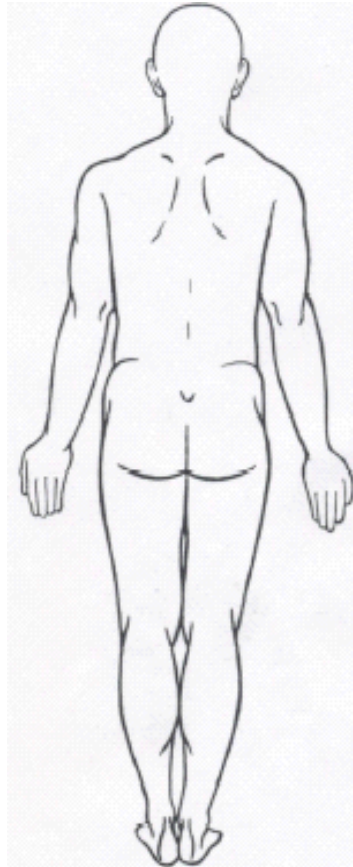
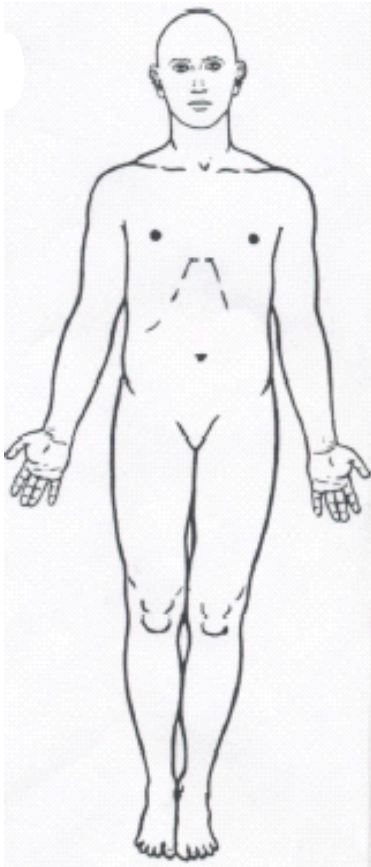
3. Körpergröße (cm):

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

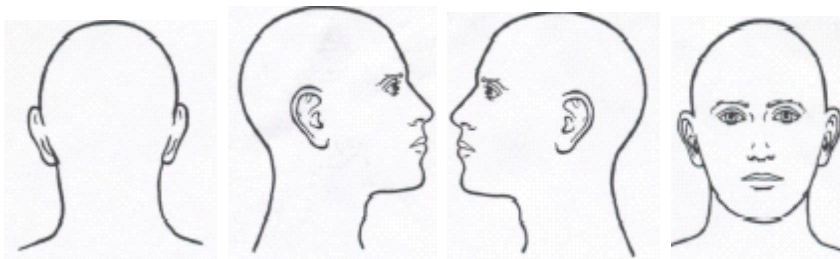
 4. Körpergewicht (kg):

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

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? _____

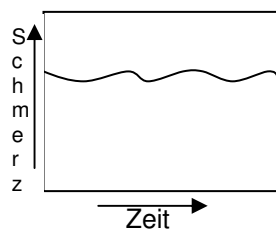
7. a) **Seit wann** bestehen diese Schmerzen?

weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis ½ Jahr ☐ ½ Jahr bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre ☐ 2 bis 5 Jahre ☐ mehr als 5 Jahre ☐

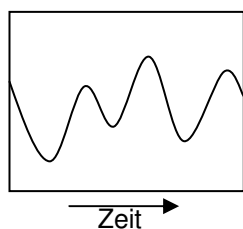
b) Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind?

| | | | | | | | |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| Tag | Monat | Jahr | | | | | |

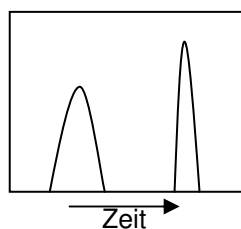
8. a) Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu?
(Bitte nur **eine** Angabe machen!)



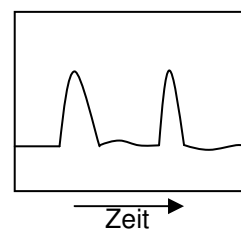
1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

☐


2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen

☐


3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei

☐


4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

☐

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bild 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? Sekunden

☐

Minuten

☐

Stunden

☐

bis zu drei Tagen

☐

länger als drei Tage

☐

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark?

Ja

☐

nein

☐

wenn ja:

morgens

☐

mittags

☐

nachmittags

☐

abends

☐

nachts

☐

10. Mit der folgenden Liste 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**, 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 | <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"/> |
|drückend | <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"/> |
|pochend | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |elend | <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"/> |schauderhaft | <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"/> |scheußlich | <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"/> |furchtbar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- [illegible]

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 der letzten Woche 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. | <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"/> |
| 3. Ich habe mich behaglich gefühlt. | <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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |

17. Fragen zu Ihrem Befinden

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

- 0 Traf **gar nicht** auf mich zu
 1 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**
 2 Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder **ziemlich oft**
 3 Traf **sehr stark** auf mich zu oder **die meiste Zeit**

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|----------|
| 1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen. | 0 | 1 | 2 | 3 | S |
| 2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war. | 0 | 1 | 2 | 3 | A |
| 3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben. | 0 | 1 | 2 | 3 | D |
| 4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung). | 0 | 1 | 2 | 3 | A |
| 5. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen. | 0 | 1 | 2 | 3 | D |
| 6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren. | 0 | 1 | 2 | 3 | S |
| 7. Ich zitterte (z.B. an den Händen). | 0 | 1 | 2 | 3 | A |
| 8. Ich fand alles anstrengend. | 0 | 1 | 2 | 3 | S |
| 9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte. | 0 | 1 | 2 | 3 | A |
| 10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte. | 0 | 1 | 2 | 3 | D |
| 11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte. | 0 | 1 | 2 | 3 | S |
| 12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen. | 0 | 1 | 2 | 3 | S |
| 13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig. | 0 | 1 | 2 | 3 | D |
| 14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen. | 0 | 1 | 2 | 3 | S |
| 15. Ich fühlte mich einer Panik nahe. | 0 | 1 | 2 | 3 | A |
| 16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern. | 0 | 1 | 2 | 3 | D |
| 17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert. | 0 | 1 | 2 | 3 | D |
| 18. Ich fand mich ziemlich empfindlich. | 0 | 1 | 2 | 3 | S |
| 19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern). | 0 | 1 | 2 | 3 | A |
| 20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich. | 0 | 1 | 2 | 3 | A |
| 21. Ich empfand das Leben als sinnlos. | 0 | 1 | 2 | 3 | D |

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:

D: _____ A: _____ S: _____

18. 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? _____

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

20. Wurden Sie schon einmal **operiert**?

ja ☐

wie oft? mal

nein ☐

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. _____ ☐

2. _____ ☐

3. _____ ☐

4. _____ ☐

5. _____ ☐

Tag

Monat

Jahr

21. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie **zurzeit** einnehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel u.s.w.)

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

22. **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 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| | | |
|------------------------|--|--|
| wenn ja, gegen welche? | | |
| | | |

24. 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, Krebs Welche Erkrankung: _____ | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [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 <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3] |
| Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung Andere: _____ | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3] |
| Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie Andere: _____ | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [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 <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3] |
| Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse Andere: _____ | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3] |
| Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen Andere: _____ | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3] |
| Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte Andere: _____ | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3] |
| Hauterkrankungen z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme Andere: _____ | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [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 <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3] |
| Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Mager-sucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose Andere: _____ | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3] |
| Andere Erkrankungen _____ | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3] |
| Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Andere: _____ | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |