

Datum

Patientenetikette

Name

Geburtsdatum

# Anamnese Fragebogen Schmerz und Funktion

Dieser Fragebogen soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Zutreffendes bitte im Kästchen ankreuzen, einkreisen oder in den Freizeilen ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

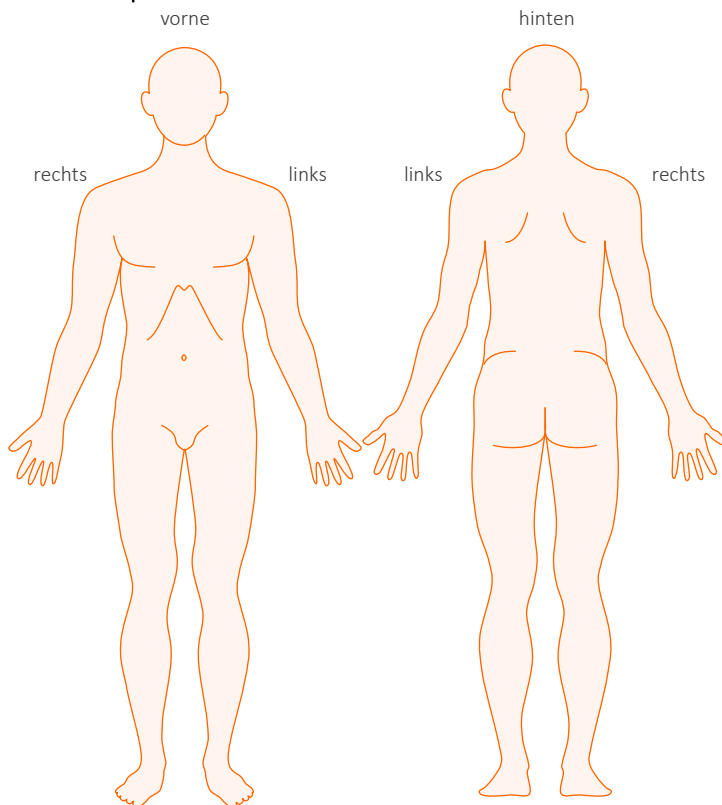
Vermerke des Arztes /der Ärztin			Rückmeldung		
Region	Präparat	Dosis	Datum	Ergebnis/NRS 0-10	Kommentar/Anfrage
Diagnose					

## Schmerzen

1. Bitte schildern Sie **in eigenen Worten** Ihre derzeitigen Beschwerden

2. **Seit wann** haben Sie diese Beschwerden?  
(z.B. genaues Datum, seit 3 Wochen, seit 9 Jahren)

3. **Kennzeichnen Sie** in nachstehender Zeichnung Ihren **Hauptschmerzbereich**



4. **Strahlt Ihr Schmerz** in weitere Körperregionen aus?  
☐ nein ☐ ja (→ Bitte die Richtung einzeichnen)

5. Wie würden Sie Ihren **Schmerz jetzt** im Augenblick auf einer Skala einschätzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerzen

6. Wie hat sich der Schmerz **seit Beginn** entwickelt?

☐ stärker ☐ gleichbleibend ☐ schwächer ☐ ganz weg

7. Wie war der **stärkste Schmerz** in den letzten **4 Wochen**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerzen

8. Wie war der Schmerz in den letzten **4 Wochen im Durchschnitt**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerzen

9. Wie würden Sie Ihre **stärksten Schmerzen** in den **letzten 3 Monaten** einschätzen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerzen

10. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den **letzten 3 Monaten im Durchschnitt**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerzen

11. Kreuzen Sie das Bild an welches Ihren **Schmerzverlauf** am besten beschreibt



☐ Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



☐ Dauerschmerzen mit Schmerzattacken



☐ Schmerzattacken dazwischen schmerzfrei



☐ Schmerzattacken dazwischen Schmerzen

12. Leiden sie in den eingezeichneten Bereichen an einem **Brenngefühl** (z.B. Brennesseln)?  
☐ nie ☐ kaum ☐ gering ☐ mittel ☐ stark ☐ sehr stark
13. Haben Sie im Bereich ihrer Schmerzen ein **Kribbel- oder Prickelgefühl** (wie Ameisenlaufen, Strombildung)?  
☐ nie ☐ kaum ☐ gering ☐ mittel ☐ stark ☐ sehr stark
14. Ist **leichte Berührung** (Kleidung, Bettdecke) in diesem Bereich schmerzhaft?  
☐ nie ☐ kaum ☐ gering ☐ mittel ☐ stark ☐ sehr stark
15. Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen blitzartig, **elektrisierende** Schmerzattacken?  
☐ nie ☐ kaum ☐ gering ☐ mittel ☐ stark ☐ sehr stark
16. Ist **Kälte oder Wärme** (Badewannenwasser) in diesem Bereich gelegentlich schmerzhaft?  
☐ nie ☐ kaum ☐ gering ☐ mittel ☐ stark ☐ sehr stark
17. Leiden Sie in den von Ihnen eingezeichneten Bereichen unter **Taubheitsgefühl**?  
☐ nie ☐ kaum ☐ gering ☐ mittel ☐ stark ☐ sehr stark
18. Löst ein **leichter Druck** z.B. mit dem Finger in diesem Bereich Schmerzen aus?  
☐ nie ☐ kaum ☐ gering ☐ mittel ☐ stark ☐ sehr stark
19. In welchem Maße haben Schmerzen **in den letzten 3 Monaten** Ihre **alltäglichen Aktivitäten** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen, etc.) beeinträchtigt?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
0 Keine 10 keine Aktivität  
Beeinträchtigung mehr möglich
20. In welchem Maße haben Schmerzen **in den letzten 3 Monaten** Ihre **Freizeitaktivitäten** oder **Unternehmungen im Familien- und Freundeskreis** beeinträchtigt?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
0 Keine 10 keine Aktivität  
Beeinträchtigung mehr möglich
21. In welchem Maße haben Schmerzen **in den letzten 3 Monaten** Ihre **Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit)** beeinträchtigt?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
0 Keine 10 keine Aktivität  
Beeinträchtigung mehr möglich
22. An **wie vielen Tagen** konnten Sie in den **letzten 3 Monaten** aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen **Aktivitäten** nachgehen (z.B. Arbeit, Ausbildung, Haushalt?)
23. Vermuten Sie, dass eine **Operation, Verletzung/Unfall oder Erkrankung** mit Ihren Beschwerden in Zusammenhang steht? Wenn ja, Bitte Beschreiben.
24. Welche **Bildgebung** wurde bereits veranlasst?  
(z.B. MRT, CT, Röntgen)
25. Welche **Medikamente** erhalten Sie gegen Ihre Beschwerden?
26. Welche anderen **Behandlungen** wurden seit Beschwerdebeginn durchgeführt?  
(z.B. Operationen, Physiotherapie..)
27. Bitte denken Sie an die vergangenen 24 Stunden. Wieviel **Schmerzlinderung** haben Sie **durch Behandlungen oder Medikamente** erfahren? Bitte kreisen Sie die Prozentzahl ein, die am besten die Schmerzlinderung zeigt.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
Keine vollständige  
Linderung Linderung
28. Sie sind  
☐ Rechtshänder/in ☐ Linkshänder/in

## Erklärung der Patientin /des Patienten

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Ich erkläre mich durch meine Unterschrift damit einverstanden, dass sowohl obige Angaben als auch spätere Untersuchungsergebnisse elektronisch gespeichert und zu wissenschaftlichen medizinischen Zwecken verwendet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass alle geführten Gespräche und gesundheitsbezogenen Angaben der strikten ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

X

Ort, Datum

Unterschrift