

DEUTSCHER SCHMERZFRAGEBOGEN für Patientinnen und Patienten

Nach Rücksendung des Fragebogens erhalten Sie durch die Praxis
telefonisch einen Termin

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Hohe Weide 17b • 20259 Hamburg | Tel.: 040 - 540 40 60 • Fax: 040 - 540 72 57
praxisteam@schmerzambulanz-alteneichen.de

Vor- und Nachname

Tel. | Mobil | E-Mail

Alter

Damit wir uns auf Sie und Ihre Erkrankung umfassend vorbereiten können, benötigen wir **vor dem Ersttermin:**

1. Den vollständig ausgefüllten Schmerzfragebogen
2. Schriftliche Befunde/Berichte in Kopie zum Verbleib:
Orthopädische Befunde,
CT/MRT/Röntgen- Berichte, **keine** Bilder oder CD's
Neurologische- / Psychiatrische- / Psychologische Befunde
Krankenhaus- Entlassungsbriefe der letzten 5 Jahre
Reha- Berichte der letzten 5 Jahre
Laborbefunde, nicht älter als 6 Monate.

Sie würden uns die Arbeit sehr erleichtern, wenn alle Befunde nach Datum (das Neueste nach oben) sortiert sind. Herzlichen Dank dafür!

Sobald Sie alle o.g. Unterlagen in der Praxis abgegeben und wir Diese bearbeitet haben, werden wir uns für eine Terminvereinbarung mit Ihnen in Verbindung setzen.

Bitte KEINE Zusendung der o.g. Unterlagen per E-Mail!

Bitte planen Sie für den Erstkontakt inklusive einer körperlichen Untersuchung ca. 2 Stunden ein.

Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um einen rechtzeitige Absage.

Bearbeitet von:

Tel. mit Pat. am:

Geplanter Termin:

bei:

Bearbeitungsnummer:

Datum:
Tag Monat Jahr

1. Nachname:

Vorname:

2. Geburtsname:

Geburtsdatum:
Tag Monat Jahr

3. Geschlecht: männlich

weiblich

PLZ: Wohnort: Straße:

Tel., privat: Tel., dienstl.:

4. Konfession: ev. röm.-kath. jüd. moham. sonstige

5. Personenstand: ledig verh. verw. gesch.

6. Körpergröße (cm):

Körpergewicht (kg):

7. Name, Adresse und Telefon-Nummer des überweisenden Arztes:

8. Name, Adresse und Telefon-Nummer des Hausarztes:

9. Entfernung von Ihrer Wohnung bis zu unserer Praxis / Klinik (in km): ca.

10. Krankenkasse für ambulante Behandlung:

11. Krankenkasse für stationäre Behandlung:

12. Zusatzversicherung für stationäre Behandlung: ja nein

13. Beihilfe-Berechtigung: ja nein

14. Name des Stammversicherten: Vorname:

Geburtsdatum:
Tag Monat Jahr

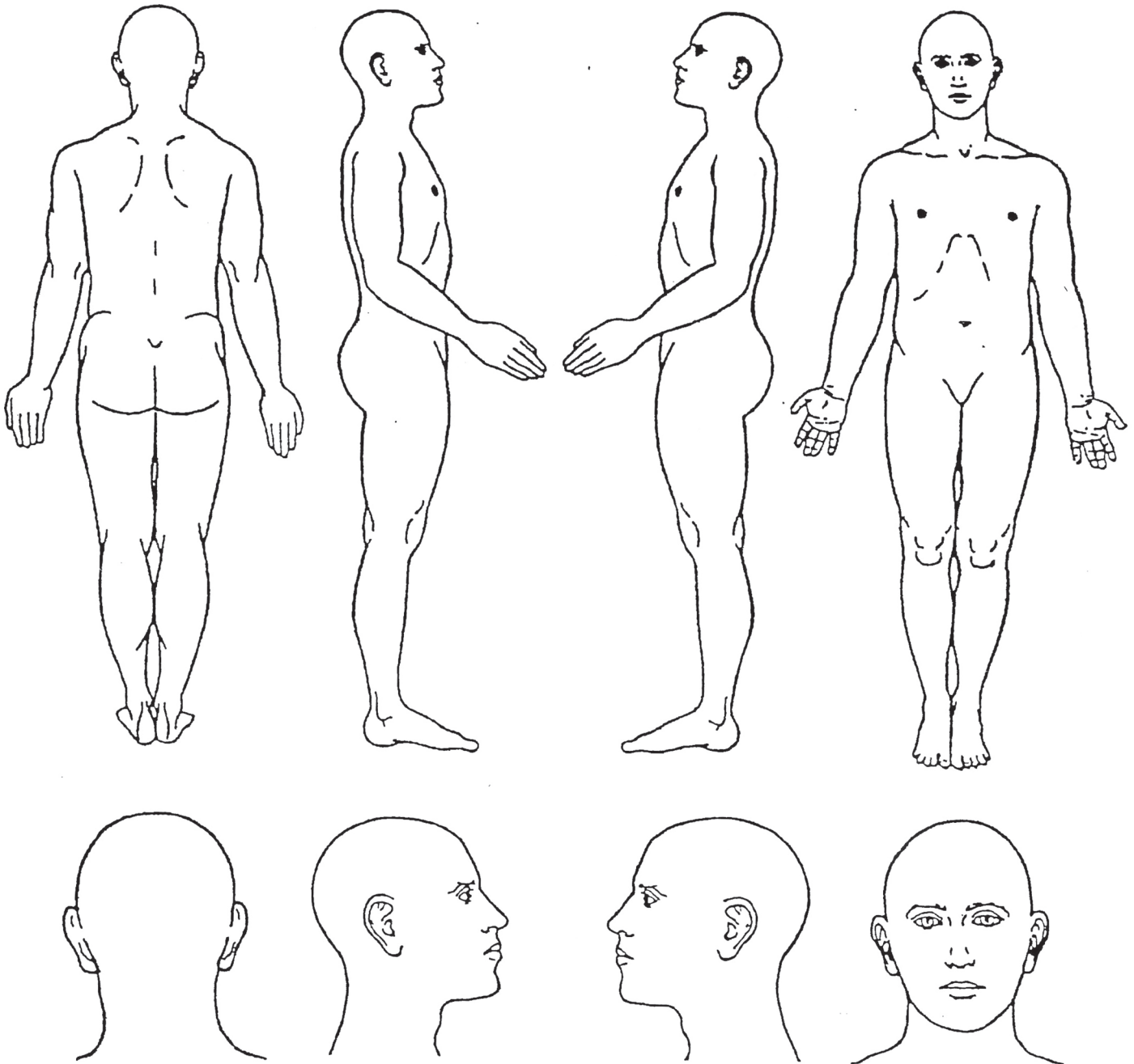
15. Beruf: arbeitslos Rentner

16. Sind Sie zur Zeit gehfähig? ja nein

17. Sind Sie für Ihre eigene Versorgung (Körperpflege, Anziehen, Essen) auf fremde Hilfe angewiesen? ja nein

18. Malen Sie bitte in den nachfolgenden Körperschemata ein, wo Sie überall Schmerzen haben.

Bitte kennzeichnen Sie das ganze Schmerzgebiet (durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber bzw. durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern etc.), damit wir wirklich wissen, wo Sie überall Schmerzen haben.



HABEN SIE AUCH WIRKLICH **ALLE SCHMERZORTE** EINGEZEICHNET?

19. Bitte versuchen Sie hier, Ihre Schmerzen mit Ihren eigenen Worten zu beschreiben (z.B. „ziehender oder brennender oder pochender Schmerz, in der Schulter beginnend, in den Unterarmen austrahlend; verstärkt sich bei Bewegung der Schulter“).

Bitte benutzen Sie für weitere Ausführungen ein Extrablatt

20. Bitte geben Sie anhand der folgenden Liste an, wo Sie überall Schmerzen haben. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Schmerzgebiete an. Für beidseitige Schmerzen markieren bitte links und rechts.

	links	rechts	Mitte
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkiefer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterkiefer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundhöhle / Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken / Hinterkopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
untere Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obere Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schultergelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand / Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obere Rückenhälfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb vorn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb seitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch seitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
untere Rückhälfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß Rückenhälfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Steißbein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuß / Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afterbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Fragen 21 - 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen (Frage 21)

Nachdem Sie in den bisherigen Fragen Angaben zu allen Ihren Schmerzarten gemacht haben, bitte wir Sie nun sich auf einen Hauptschmerz (siehe Frage 21) festzulegen. Die Fragen 22 bis 34 können von uns nur dann richtig beurteilt werden, wenn sich Ihre Angaben auf Ihren Hauptschmerz (Frage 21) beziehen.

21. Kreuzen Sie jetzt bitte bei dieser Frage ausschließlich Ihren Hauptschmerz an. Legen Sie sich dabei auf einem Hauptschmerz fest.

	links	rechts	mitte
Mund / Gesicht / Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hals- / Nackenbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulter / Arm / Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brustkorb / obere Rückenhälfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bauchbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
untere Rückenhälfte / Gesäß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hüfte / Bein / Fuß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beckenbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschlechtsorgane / After	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehrere Gelenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gesamter Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

..

22. Wo fühlen Sie Ihre Hauptschmerzen? (Mehrfachnennung sind möglich)

- in der Tiefe
- oberflächlich (in der Haut, in der Schleimhaut)
- außerhalb des Körpers (z.B. im Phantomglied)

23. Wechselt Ihr Hauptschmerz oft die Seite? ja nein

24. Seit wann bestehen Ihre Hauptschmerzen? Datum:

Tag	Monat	Jahr

25. Litt oder leidet in Ihrer Familie jemand an ähnlichen Schmerzen? ja nein

Wenn ja, an welchen: _____

Die Fragen 21 - 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen

26. Die nachfolgenden Aussagen beschreiben die Schmerzempfindung genauer. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit die vorgegebene Empfindung für Ihre Schmerzen stimmt.

Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

4 = trifft genau zu 3 = trifft weitgehend zu 2 = trifft ein wenig zu 1 = trifft nicht zu

Beurteilen Sie Ihre Schmerzen so, wie sie in der letzten Zeit typisch gewesen sind.
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz und lassen Sie bei der Beantwortung keine Aussage aus.

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
ich empfinde meine Schmerzen als quälend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als grausam	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als erschöpfend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als heftig	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als mörderisch	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als elend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als schauerhaft	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als scheußlich	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als schwer	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als entnervend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als marternd	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als furchtbar	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als unerträglich	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als lähmend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als schneidend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als klopfend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als brennend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als reißend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als pochend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als glühend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als stechend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als hämmernd	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als heiß	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als durchstoßend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als dumpf	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als drückend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als ziehend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als pulsierend	④	③	②	①

Die Fragen 21 - 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen

27. Wie häufig treten Ihre Hauptschmerzen auf? (Bitte nur eine Angabe machen)

- wenige Male pro Jahr
- wenige Male pro Monat
- mehrmals pro Woche
- einmal täglich
- mehrmals täglich
- meine Schmerzen sind dauern vorhanden

28. Welche der Aussagen trifft auf Ihre Hauptschmerzen zu? (Bitte nur eine Angabe machen)

- Meine Schmerzen treten nur anfallsweise auf, dazwischen bin ich schmerzfrei
- Meine Schmerzen sind dauernd vorhanden
- Meine Schmerzen sind andauernd vorhanden, aber zusätzlich treten Schmerzanfälle auf

29. Falls Sie einzelne Schmerzanfälle haben, geben Sie bitte an, wie lange üblicherweise ein Anfall dauert, (Bitte nur eine Angabe machen)

- Sekunden
- Minuten
- Stunden
- Tage
- länger als 1 Woche

30. Bitte geben Sie im folgenden die Stärke Ihrer Hauptschmerzen an. Kreuzen Sie bitte an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden. Ein Wert von 0 bedeutet dabei, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind.

1. Geben Sie zunächst Ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:

- [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

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

- [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

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

- [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

4. Geben Sie jetzt bitte Ihre momentane Schmerzstärke (beim Ausfüllen des Fragebogens) an:

- [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

5. Geben Sie jetzt an, welche Schmerzstärke für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich wäre:

- [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

Die Fragen 21 - 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen

31. Geben Sie bitte an, ob sich die Stärke Ihrer Schmerzen verändern kann (nur eine Angabe machen).

- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt häufig (z.B. mehrmals täglich)
- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt gelegentlich (z.B. wenige Male pro Woche)
- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt niemals

32. Auf welche Ursache führen Sie Ihre Hauptschmerzen zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- auf Krankheit
- auf Operation
- auf Unfall
- auf körperliche Belastung
- auf seelische Belastung
- auf Vererbung
- auf eine andere Ursache _____
- für mich ist keine Ursache erkennbar

33. Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste an, wie sich die genannten Bedingungen auf Ihre Hauptschmerzen auswirken. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz; wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

	lindernd	kein Einfluß	ver- stärkend
Körperliche Belastung (z.B. Treppen gehen, Lasten heben, Tragen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Belastung (z.B. Streß, Ärger, Aufregung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einseitige Körperhaltung (z.B. längeres Sitzen, Stehen, Gehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufiger Lagewechsel, Bewegung, Herumlaufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sich ausruhen, hinlegen, ruhighalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Meine Schmerzen sind durch nichts zu beeinflussen stimmt nicht stimmt

34. Bitte kreuzen Sie an, welche Begleiterscheinungen zusammen mit Ihren Hauptschmerzen auftreten. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz, wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

Es treten keine Begleiterscheinungen zusammen mit meinen Hauptschmerzen auf
Es treten folgende Begleiterscheinungen auf:

	immer	häufig	gelegent- lich	nie
Übelkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lichtempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geräuschempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehstörungen, wie z.B. Flimmern vor den Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwellung und / oder Rötung im Schmerzgebiet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überempfindlichkeit der Haut im Schmerzgebiet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. Geben Sie möglichst alle Medikamente an, die Sie in den letzten 6 Monaten eingenommen haben. Geben Sie auch an, ob Sie die Medikamente regelmäßig einnehmen (z.B. 3x1 Tbl.) oder „nach Bedarf“.

Ich habe in den letzten 6 Monaten keine Medikamente genommen
Ich habe in den letzten 6 Monaten folgende Medikamente genommen:

Medikamente	Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen)	Dosierung	Zeitraum
Beispiel: Paracetamol	Tabl. 500 mg	3 x 1 pro Tag	Jan. - März 2022

Haben Sie früher andere Medikamente gegen Ihre Schmerzen eingenommen? ja nein

Wenn ja, an welche können Sie sich erinnern: _____

39. Wurde bei Ihnen ein Medikamenten-Entzug durchgeführt? ja nein

wenn ja, wann und wo? _____

40. Hatten Sie im Erwachsenenalter andere schwerwiegende Erkrankungen?
Bitte Zutreffendes ankreuzen und bei jeder Erkrankung die genauen Angaben machen:

01. Herzerkrankungen (z.B.: Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschwäche, Rhythmusstörungen) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

02. Kreislauferkrankungen (z.B.: Hochdruck, Unterdruck, Schlaganfall, Arterienverkalkung, Aneurysma) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

03. Bösartige Erkrankungen / Tumoren ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

04. Erkrankungen des Nervensystems wie Anfallsleiden (Epilepsie)
Nervenleiden, Gemütskrankungen ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

05. Stoffwechselerkrankungen (z.B.: Diabetes (Zucker), Gicht, Erhöhung der
Blutfettwerte, Schilddrüsen- und andere Hormondrüsen-Erkrankungen) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

06. Lungenerkrankungen (z.B.: chronischer Husten, Asthma, Bronchitis,
Emphysem, Tuberkulose, Lungenentzündung) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

07. Magen-Darm- und Enddarmkrankungen
(z.B.: Entzündungen, Geschwüre, Blutungen) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

08. Harnwegserkrankungen (Niere, Blase, Harnröhre):
z.B.: Entzündungen, Steine, Blutungen, chronisches Nierenversagen ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

09. Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankung, Gallenleiden
(z.B.: Entzündungen, Steine) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

10. Unterleibserkrankungen, Erkrankungen der Geschlechtsorgane ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

11. Unverträglichkeiten, Allergien (z.B.: Pflaster, Lebensmittel,
Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

12. Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente? ja nein

Wenn ja, gegen was: _____

41. Bitte geben Sie im Folgenden an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in den verschiedenen Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt sind. Das heißt: Wie sehr hindern die Schmerzen Sie daran, ein normales Leben zu führen? Kreuzen Sie bitte für jeden der sieben Lebensbereiche die Zahl an, die die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, und ein Wert von 10 gibt an, daß Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.

1. Familiäre und häusliche Verpflichtungen (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfaßt Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeit).

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

2. Erholung (dieser Bereich umfaßt Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

3. Soziale Aktivitäten (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Feste, Theater- und Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

4. Beruf (dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben; gemeint ist auch Hausfrauen(männer)tätigkeit)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

5. Sexuelleben (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuellebens)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

6. Selbstversorgung (dieser Bereich umfaßt Aktivitäten, die Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z.B. sich waschen und anziehen, Autofahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

7. Lebensnotwendige Tätigkeiten (dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

Bitte prüfen Sie nochmals, ob Sie alle 7 Feststellungen beantwortet haben.

42 Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht / entsprochen hat.

Antworten: selten = weniger als 1 Tag oder überhaupt nicht
 manchmal = 1 bis 2 Tage lang
 öfters = 3 bis 4 Tage lang
 meistens = die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

Während der letzten Woche ...	selten	manchmal	öfters	meistens
1. ... haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ... hatte ich kaum Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ... konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde / Familie versuchten aufzumuntern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ... kam ich mir genauso gut vor wie andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ... hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ... war ich deprimiert / niedergeschlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ... war alles anstrengend für mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ... dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ... dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ... hatte ich Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ... habe ich schlecht geschlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ... war ich fröhlich gestimmt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ... habe ich weniger geredet als sonst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ... fühlte ich mich einsam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ... waren die Leute unfreundlich zu mir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ... habe ich das Leben genossen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ... mußte ich weinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ... war ich traurig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ... hatte ich das Gefühl, daß die Leute mich nicht leiden können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ... konnte ich mich zu Nichts aufraffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Feststellungen beantwortet haben!

ADS © 1993 Hogrefe

43. Leben Sie in häuslicher Gemeinschaft (Mehrfachantworten sind möglich):

- ich lebe mit Ehepartner / Partner
- ich lebe bei Eltern / Schwiegereltern
- ich lebe mit Kindern
- ich lebe mit anderen Verwandten
- nein, ich lebe allein

44. Welchen Ausbildungs- bzw. Berufsstand haben Sie zur Zeit:

- Schüler/in, Student/in, Auszubildende/r
- Umschüler/in
- Arbeiter/in
- Angestellte/r
- Beamter/in
- bin im Vorruhestand
- selbständig als _____
- Hausfrau / Hausmann

45. Welche Schulausbildung haben Sie:

- keinen Abschluß
- Hauptschulabschluß
- Mittlere Reife
- Abitur
- Hochschule / Fachhochschule

46. Haben Sie eine Berufsausbildung? ja nein

wenn ja, welche: _____

wenn ja, arbeiten Sie noch in diesem Beruf? ja nein

Welche Tätigkeit üben Sie momentan aus?
(Hausarbeit eingeschlossen, bei Arbeitslosigkeit zuletzt ausgeübte Tätigkeit):

47. Wie schätzen Sie die körperliche Belastung durch Ihre momentane Tätigkeit ein?

- geringe körperliche Belastung
- mittlere körperliche Belastung
- hohe körperliche Belastung

48. Wer ist Ihr Arbeitgeber: _____

49. Ist Ihr Arbeitsplatz gefährdet? ja nein

wenn ja, warum: betriebsbezogen krankheitsbedingt sonstige Gründe

50. Sind Sie zur Zeit wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig? ja nein

wenn ja, seit wann?

Tag	Monat	Jahr	

51. Wieviele Tage waren Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig? ca.

--	--	--	--

 Tage

52. Glauben Sie, daß Sie wieder an Ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können? ja nein

53. Falls Sie Hausfrau oder Hausmann sind:

1. Können Sie zur Zeit trotz Ihrer Schmerzen Ihre normale Hausarbeit verrichten? ja nein

wenn nein, seit wann nicht?

Tag Monat Jahr

2. Wieviele Tage konnten Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen Ihre normale Hausarbeit nicht verrichten? ca. Tage

3. Glauben Sie, daß Sie Ihre normale Hausarbeit in Zukunft wieder verrichten können? ja nein

54. Liegt bei Ihnen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. des Grades der Behinderung (GdB) vor, oder haben Sie einen Antrag auf diese gestellt?

MdE: nein beantragt ja wenn ja, wieviel Prozent %

MdE: nein beantragt ja wenn ja, wieviel Prozent %

55. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt, der noch nicht entschieden ist? ja nein

wenn ja, wegen: _____ Datum:
Tag Monat Jahr

Beabsichtigen Sie einen Rentenantrag zu stellen? ja nein

56. Beziehen Sie derzeit eine Rente? ja nein

wenn ja, auf Zeit endgültig seit wann: Datum:
Tag Monat Jahr

wegen:

Erreichen der Altersgrenze

Erwerbsunfähigkeit

Berufsunfähigkeit

BG-Rente

57. Sind Ihre Schmerzen Folge eines Arbeitsunfalles? ja nein

wenn ja, wann war der Arbeitsunfall? Datum:
Tag Monat Jahr

was ist passiert: _____

58. Wie oft haben Sie Ihren persönlichen Arzt (Hausarzt, Internisten, Orthopäden) wegen nicht erfolgreicher Schmerzbehandlung gewechselt?

Ich habe keinen persönlichen Arzt und konsultiere immer verschiedene Ärzte

ja nein

Ich habe meinen persönlichen Arzt mal gewechselt (bitte die Anzahl bzw. 0 eintragen).

59. Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen

Ihre/n behandelnde/n Arzt/Ärzte aufgesucht?

Noch nie ca. Termine

60. Wie häufig wurden bei Ihnen in den letzten 6 Monaten wegen

Ihrer Schmerzen Behandlungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen, Akupunktur etc.) durchgeführt?

Noch nie ca. Termine

61. Wieviele Ärzte haben Sie schätzungsweise wegen Ihrer Schmerzen

insgesamt aufgesucht?

keine ca.

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

Name	Fachrichtung	Adresse	Zeitraum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

62. Wie oft wurden Sie wegen Ihrer Schmerzen im Krankenhaus behandelt? nie mal

Bitte notieren Sie hier Ihre schmerzbezogenen stationären Behandlungen (Krankenhausaufenthalte)

Name	Fachrichtung	Adresse	Zeitraum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

63. Wieviele Kuren (Rehabilitationsmaßnahmen) wurden bei Ihnen wegen Ihrer Schmerzen durchgeführt?

nie Kuren / Reha

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

Name	Fachrichtung	Adresse	Zeitraum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Patienten-Fragebogen zum Gesundheitszustand *

* SF-36 Health Survey, Copyright © 1992 Medical Outcomes Trust

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, 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 Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

64. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Ausgezeichnet		1
Sehr gut		2
Gut		3
Weniger gut		4
Schlecht		5

65. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Derzeit viel besser als vor einem Jahr		1
Derzeit etwas besser als vor einem Jahr		2
Etwa so wie vor einem Jahr		3
Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr		4
Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr		5

66. 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?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	TÄTIGKEITEN	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a)	anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	1	2	3
b)	mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, Staubsaugen, Kegeln, Golf spielen	1	2	3
c)	Einkaufstaschen heben oder tragen	1	2	3
d)	mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3
e)	einen Treppenabsatz steigen	1	2	3
f)	sich beugen, knien, bücken	1	2	3
g)	mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	1	2	3
h)	mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3
i)	eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	1	2	3
j)	sich baden oder anziehen	1	2	3

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

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	SCHWIERIGKEITEN	Ja	Nein
a)	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
b)	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
c)	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2
d)	Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich mußte mich besonders anstrengen)	1	2

68. 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)?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	SCHWIERIGKEITEN	Ja	Nein
a)	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
b)	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
c)	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

69. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder im Bekanntenkreis beeinträchtigt?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Überhaupt nicht _____ 1
 Etwas _____ 2
 Mässig _____ 3
 Ziemlich _____ 4
 Sehr _____ 5

70. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Ich hatte keine Schmerzen _____ 1
 Sehr leicht _____ 2
 Leicht _____ 3
 Mässig _____ 4
 Stark _____ 5
 Sehr stark _____ 6

71. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Überhaupt nicht _____ 1
 Etwas _____ 2
 Mässig _____ 3
 Ziemlich _____ 4
 Sehr _____ 5

72. 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 die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht).

Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ...

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	BEFINDEN	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
a)	... voller Schwung?	1	2	3	4	5	6
b)	... sehr nervös?	1	2	3	4	5	6
c)	... so niedergeschlagen, daß Sie nichts aufheitern könnte?	1	2	3	4	5	6
d)	... ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
e)	... voller Energie?	1	2	3	4	5	6
f)	... entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6
g)	... erschöpft?	1	2	3	4	5	6
h)	... glücklich?	1	2	3	4	5	6
i)	... müde?	1	2	3	4	5	6

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

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Immer	_____	1
Meistens	_____	2
Manchmal	_____	3
Selten	_____	4
Nie	_____	5

74. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	AUSSAGEN	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
a)	Ich scheine etwas leichter als Andere krank zu werden	1	2	3	4	5
b)	Ich bin genauso gesund wie alle Anderen, die ich kenne	1	2	3	4	5
c)	Ich erwarte, daß meine Gesundheit nachläßt	1	2	3	4	5
d)	Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	1	2	3	4	5

Aktuell behandelnde Ärzte / Therapeuten:

Hausarzt

Adresse

Tel. | Fax | Mail

Neurologe

Adresse

Tel. | Fax | Mail

Psychater / Psychologe

Adresse

Tel. | Fax | Mail

Orthopäde

Adresse

Tel. | Fax | Mail

Andere Ärzte

Adresse

Tel. | Fax | Mail

Krankengymnastik / Lymphdrainage

Adresse

Tel. | Fax | Mail

Ergotherapie

Adresse

Tel. | Fax | Mail

Sofern Sie durch unsere Praxis behandelt werden, werden einige Daten auch in einem EDV-Dokumentationssystem abgespeichert.

Diese Daten sind nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes vor einem mutwilligen Zugriff geschützt. Zu diesem System haben nur unsere Mitarbeiter direkten Zugang.

Gemäß den Vorgaben des Gesetzes bitten wir Sie, sich mit einer Speicherung Ihrer persönlichen Daten einverstanden zu erklären.

Einverständniserklärung

Ich bin - im Falle einer Behandlung - mit der Speicherung der in dem Fragebogen erhobenen Daten in einem EDV-Dokumentationssystem einverstanden.

Ich bin mit der Weitergabe der in der Schmerzambulanz AltenEichen erhobenen Untersuchungsbefunde an meinen Hausarzt sowie an folgende Ärzte einverstanden.

Schweigepflichtsentbindung

Name

Vorname

geb.

Ich stimme zu, dass durch die Ärzte der Schmerzambulanz AltenEichen, Berichte, Befunde und Röntgenunterlagen von anderen Ärzten / Krankenhäusern, angefordert werden dürfen.

Datum und Ort

Unterschrift