

VERLAUFSFRAGEBOGEN für Patientinnen und Patienten

Nachname: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Ausfülldatum:

Tag	Monat	Jahr

Die Fragen 1-3 beziehen sich auf die Hauptschmerzen, die zur Zeit Ihrer letzten Befragung im Vordergrund standen (siehe Anschreiben). Bitte beschreiben Sie, wie Sie diese Schmerzen jetzt empfinden.

1. Welche der Aussagen trifft auf Ihre *damaligen* Hauptschmerzen jetzt zu? (Bitte nur eine Angabe)
- entfällt, ich habe diese Schmerzen nicht mehr
- (falls diese Aussage zutrifft, gehen Sie bitte weiter zu Frage 4)
- die Schmerzen treten nur anfallsweise auf, dazwischen bin ich schmerzfrei
- die Schmerzen sind dauernd vorhanden
- die Schmerzen sind andauernd vorhanden, aber zusätzlich treten Schmerzanfälle auf
2. Wie beurteilen Sie jetzt die Stärke Ihrer *damaligen* Hauptschmerzen?
- meine Schmerzen sind jetzt nicht mehr vorhanden
- meine Schmerzen sind jetzt schwächer als vor der Behandlung
- meine Schmerzen sind jetzt genauso stark wie vor der Behandlung
- meine Schmerzen sind jetzt stärker als vor der Behandlung
3. 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

4. Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Sind Sie zur Zeit arbeitsfähig? ja nein

wenn ja, sind Sie auch vor der Behandlung arbeitsfähig gewesen? ja nein

oder seit wann sind Sie wieder arbeitsfähig?

Tag	Monat	Jahr	

Ich bin Hausfrau / Hausmann ja nein

Ich habe meine alte Arbeitstätigkeit / Hausarbeit wieder aufgenommen ja nein

Ich habe meine alte bzw. eine neue Arbeitstätigkeit / Hausarbeit unter erleichterten Bedingungen wieder aufgenommen (geringe Stundenzahl, andere Arbeitszeiten, leichtere Tätigkeit usw.) ja nein

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

wenn ja, wegen: _____ Datum:

Tag	Monat	Jahr	

Beziehen Sie derzeit Rente? ja nein

wenn ja, Erwerbsunfähigkeitsrente Berufsunfähigkeitsrente
auf Zeit endgültig seit wann? Datum:

Tag	Monat	Jahr	

Ich bin arbeitslos ja nein

wenn ja, seit wann? Datum:

Tag	Monat	Jahr	

Ich bin arbeitsunfähig ja nein

wenn ja, seit wann? Datum:

Tag	Monat	Jahr	

5. Wieviele Tage waren Sie *in den letzten 6 Monaten* wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig?

ca. Tage

--	--	--	--

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

ca. Tage

--	--	--	--

Wieviele Ärzte haben Sie wegen Ihrer Schmerzen *in den letzten 6 Monaten* aufgesucht?

Anzahl

--	--	--	--

Wieviele Termine hatten Sie *in den letzten 6 Monaten* wegen Ihrer Schmerzen bei Ihrem/n behandelndem/n Arzt/Ärztin?

ca. Termine

--	--	--	--

Wie häufig wurden bei Ihnen *in den letzten 6 Monaten* wegen Ihrer Schmerzen Behandlungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen, Akupunktur etc.) durchgeführt?

ca. Termine

--	--	--	--

Wurden Sie *in den letzten 6 Monaten* wegen Ihrer Schmerzen im Krankenhaus behandelt? ja nein

ca. Tage

--	--	--	--

11. Haben Sie *in den letzten 6 Monaten* wegen Ihrer Schmerzen eine Kur (Rehabilitationsmaßnahme) durchgeführt? ja nein ca. Tage

--	--	--	--	--

12. Wurden Sie *in den letzten 6 Monaten* wegen Ihrer Schmerzen operiert? ja nein

Art der Operation:

Datum:

Dauer der Schmerzlinderung (in Monaten)

1. _____

Tag	Monat	Jahr

--	--

2. _____

Tag	Monat	Jahr

--	--

3. _____

Tag	Monat	Jahr

--	--

mehr als drei schmerzbedingte Operationen? ja nein

13. 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

Bitte unterstreichen Sie die Medikamente, die Sie aktuell einnehmen.

14. Wenn Sie alles zusammen betrachten, wie beurteilen Sie den Erfolg Ihrer Behandlung bei uns?

- sehr gut
- gut
- zufriedenstellend
- weniger gut
- schlecht

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

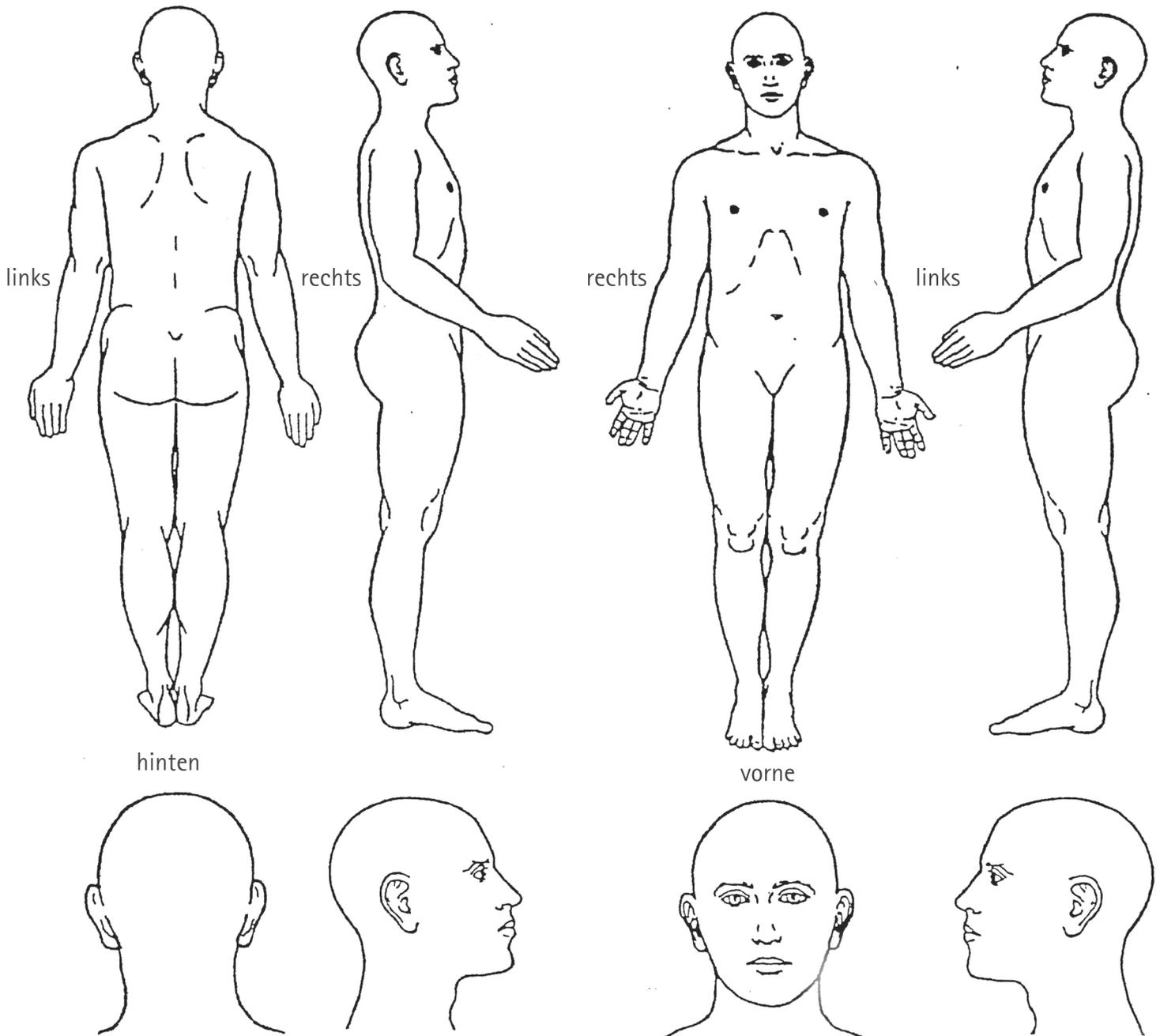
Antworten:	selten	= weniger als 1 Tag oder überhaupt nicht
	manchmal	= 1 bis 2 Tage lang
	öfters	= 3 bis 4 Tage lang
	meistens	= die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

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!

17. 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?

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.

18. 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 |

19. 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 |

20. 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

21. Hatten 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

22. 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

23. 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

24. 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

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

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

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

26. 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 konnte?	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

27. 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

28. 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

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

Ort, Datum

Unterschrift