**Schmerztagesklinik**

Universitätsklinik / Universitätsinstitut der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität

Ärztliche Leitung: Prof. Dr. med. C. Waller
Univ. Prof. Dr. med. H. J. Bail
Univ. Prof. Dr. med. J. Liman
Univ. Prof. Dr. med. Jens C. Kubitz
Pflegerische Leitung: S. Keitel

**Klinikum Nürnberg | Campus Nord**
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg

+49 (0) 911 398-2700
schmerztagesklinik@klinikum-nuernberg.de

klinikum-nuernberg.de

**Durchwahl zu weiteren Schmerzeinrichtungen des Klinikums**:

Schmerzambulanz Campus Nord: 0911-398-2688
Schmerzsprechstunde ABC Campus Süd: 0911-398-7840
Schmerzzentrum: 0911-398-2586

**Klinikum Nürnberg** | KNN Kh/XI-3 SchmTK | 90340 Nürnberg

| Unser Zeichen | Telefon | Fax | Datum |
|---|---|---|---|
| | **+49 (0) 911 398-2700** | **+49 (0) 911 398-3339** | |

**PATIENTEN-FRAGEBOGEN**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor Ihnen liegt der Schmerzfragebogen der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit und beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich.
Dieser Fragebogen gibt den Behandlern der Schmerztagesklinik einen ersten Eindruck über Ihre Beschwerden. Manche Fragen könnten Ihnen unwichtig oder indiskret vorkommen, andere Fragen scheinen Ihnen vielleicht nicht im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen zu stehen. Schmerzen sind jedoch ein so umfassendes Geschehen, dass wir auf möglichst viele Einzelheiten Ihrer Krankheitsgeschichte angewiesen sind, um Hinweise zur Erstellung einer exakten Diagnose zu erhalten und wirksame Behandlungsmöglichkeiten zu finden.
Bitte bearbeiten Sie den Fragebogen selbstständig und - wenn möglich - ohne fremde Hilfe!
Es ist zudem erforderlich, dass Sie diesem Fragebogen **alle verfügbaren ärztlichen Unterlagen** (z.B. Arztbriefe, Untersuchungsbefunde, Krankenhausentlassungsberichte, etc.) beifügen, um uns den Überblick über Ihre Schmerzkrankheit zu erleichtern und Ihnen zusätzliche Untersuchungen zu ersparen.
Haben Sie bitte Verständnis, dass die Bearbeitung Ihres Fragebogens einige Zeit in Anspruch nimmt. Sie können diese Zeit durch das frühzeitige Einreichen **aller verfügbaren** Unterlagen verkürzen. Bitte sehen Sie von telefonischen Nachfragen bzgl. Terminvergaben ab, wir setzen uns baldmöglichst mit Ihnen in Verbindung.
**Bitte beachten Sie, dass die Erstuntersuchungs- und Besprechungstermine Tage bis Wochen vor dem eigentlichen Beginn des Therapieprogramms liegen.**
Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Daten der ärztlichen Schweigepflicht und sind den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes unterworfen.

Vielen Dank

OÄ Dr. med. S. Eder



**Vorsitzender des Verwaltungsrats:** Oberbürgermeister Marcus König | **Vorstand:** Prof. Dr. Achim Jockwig (Vorsitzender), Dr. Andreas Becke, Sabine Beßler
Kommunalunternehmen – Anstalt des öffentlichen Rechts | **Sitz:** Nürnberg | **Registergericht:** Nürnberg, HRA 14190 | **Bankverbindung:** Sparkasse Nürnberg
IBAN: DE18 7605 0101 0001 0009 44, BIC: SSKNDE77XXX

# Deutscher Schmerz-Fragebogen

Stempelfeld Schmerztherapeutische Einrichtung

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

**Dezember 2024**

**Die Schutzrechte liegen bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

um die Ursachen Ihrer Schmerzen besser einschätzen zu können, sind für uns Informationen aus unterschiedlichen Bereichen erforderlich. Daher ist es für uns wichtig, wie Sie Ihre Schmerzen genau beschreiben, an welchen Behandlungen Sie mit welchem Erfolg bereits teilgenommen haben und welche Auswirkungen der Schmerz auf Ihr Befinden und Ihre Lebensumstände hat.

Ihre **freiwilligen** Angaben dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gespräches und der Untersuchung. Bitte beantworten Sie möglichst **alle** Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

**Alle Angaben, die Sie in diesem Fragebogen machen, werden streng vertraulich behandelt.**

## Wichtige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Der Fragebogen besteht aus mehreren Teilen. Bitte lesen Sie die jeweiligen Anleitungen zur Beantwortung der Fragen genau und gehen Sie die Teile des Fragebogens der Reihe nach durch.

Beantworten Sie die Fragen, indem Sie ein Kreuz im entsprechenden Kästchen setzen:

z. B. ☒

oder Ihre Antwort an die durch einen Unterstrich gekennzeichnete Stelle schreiben:

z. B. Rückenschmerzen

Zahlen tragen Sie bitte in die vorgegebenen Kästchen ein:

z.B. 1 2 Tage

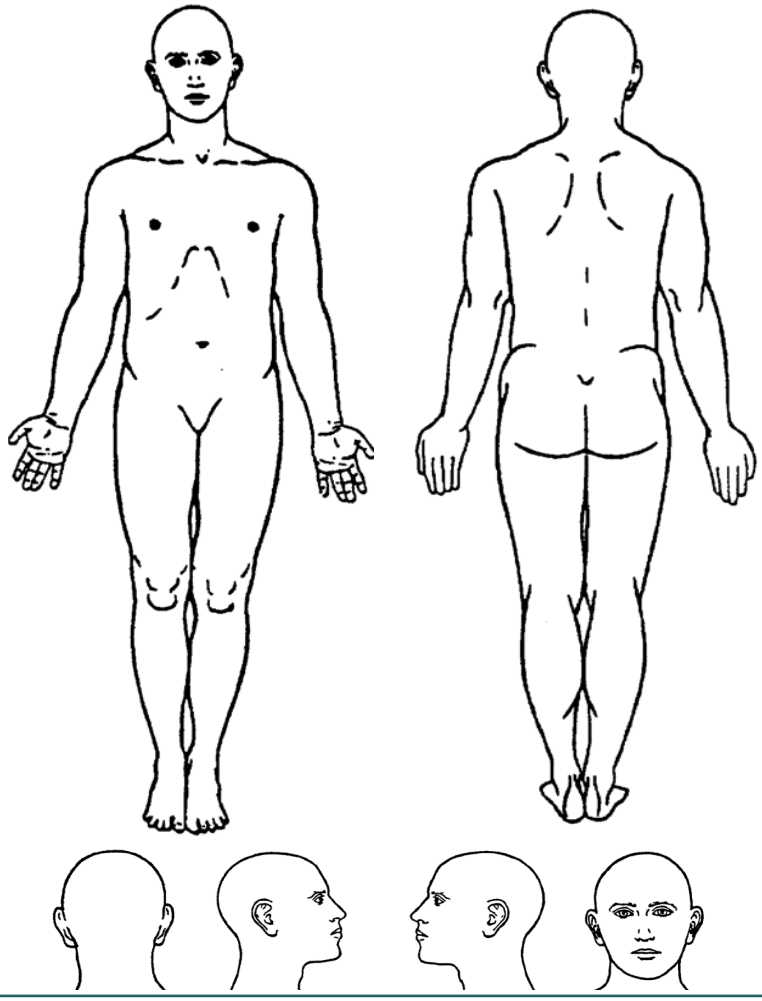
Bitte lassen Sie keinen Teil des Fragebogens aus und beantworten Sie **alle** Fragen.

**Herzlichen Dank!**

Bitte tragen Sie hier **das heutige Datum** ein:

Tag ☐☐ Monat ☐☐ Jahr ☐☐☐☐

**1.** Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, **wo genau** Ihre Schmerzen auftreten.



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**2.** Wegen welcher Schmerzen kommen Sie **hauptsächlich** zur Behandlung? Mehrfachantworten sind möglich.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Kopf / Gesicht | ☐ | Nacken / Schultern | ☐ |
| Arme / Hände | ☐ | Oberer Rücken / Brustwirbelsäule | ☐ |
| Unterer Rücken / Lendenwirbelsäule | ☐ | Hüften / Gesäß | ☐ |
| Beine / Füße | ☐ | Bauchbereich (Ober- und Unterbauch) | ☐ |
| Geschlechtsorgane / After | ☐ | Schmerzen in einer Körperhälfte / im ganzen Körper | ☐ |

**Hinweis:** Bitte beziehen Sie sich bei allen folgenden Fragen auf Ihre Schmerzen, wegen derer Sie hauptsächlich zur Behandlung kommen.

**3a.** **Seit wann** bestehen diese Schmerzen?

- weniger als 1 Monat ☐
- 1 Monat bis 1/2 Jahr ☐
- 1/2 Jahr bis 1 Jahr ☐
- 1 bis 2 Jahre ☐
- 2 bis 5 Jahre ☐
- mehr als 5 Jahre ☐

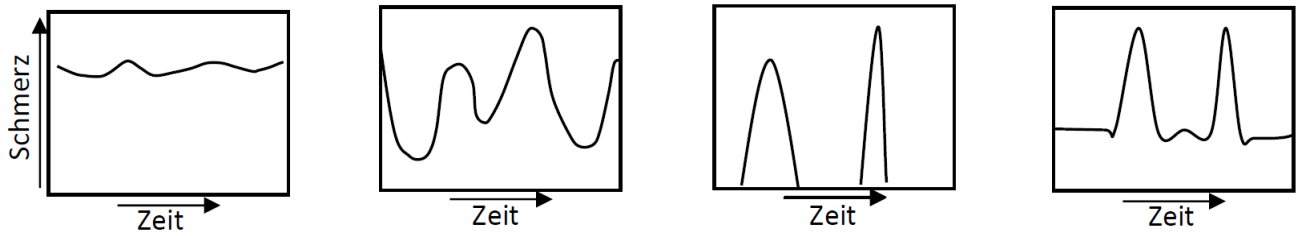
**3b.** Gibt es ein **genaues Datum**, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind?

ja ☐ → und zwar:

Tag ☐☐ Monat ☐☐ Jahr ☐☐☐☐

nein ☐

**4a.** 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)** Dauerschmerzen, dazwischen zusätzliche Schmerzattacken

Falls Sie an **Schmerzattacken** leiden (d.h. wenn Sie Bild 3 oder Bild 4 angekreuzt haben), beantworten Sie bitte **zusätzlich** folgende Fragen:

**4b.** **Wie oft** treten die Attacken durchschnittlich auf?

- mehrfach am Tag ..... ☐
- einmal am Tag ..... ☐
- mehrfach in der Woche ..... ☐
- einmal in der Woche ..... ☐
- mehrfach im Monat ..... ☐
- einmal im Monat ..... ☐
- seltener als einmal im Monat ..... ☐

**4c.** **Wie lange** dauern diese Attacken durchschnittlich?

- Sekunden ..... ☐
- Minuten ..... ☐
- Stunden ..... ☐
- bis zu drei Tage ..... ☐
- länger als drei Tage ... ☐

**5.** Sind Ihre Schmerzen **zu bestimmten Tageszeiten** besonders stark? Mehrfachantworten sind möglich.

ja ..... ☐ → wann? morgens ... ☐ mittags ... ☐ nachmittags ... ☐ abends ... ☐ nachts ... ☐
nein ... ☐

**6.** 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.

| **Ich empfinde meine Schmerzen als...** | trifft genau zu **3** | trifft weitgehend zu **2** | trifft ein wenig zu **1** | trifft nicht zu **0** |
|---|---|---|---|---|
| ... dumpf | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... drückend | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... pochend | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... klopfend | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... stechend | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... ziehend | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... heiß | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... brennend | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... elend | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... schauderhaft | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... scheußlich | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ... furchtbar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**7.** Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte **auf den unten aufgeführten Skalen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden.

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.

7a. Geben Sie zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

☐ 0 kein Schmerz ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

7b. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

☐ 0 kein Schmerz ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

7c. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

☐ 0 kein Schmerz ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

7d. Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie **bei erfolgreicher Behandlung erträglich** wäre:

☐ 0 kein Schmerz ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

**8.** 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.

8a. **An wie vielen Tagen** konnten Sie **in den letzten 3 Monaten** aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

Ich konnte meinen üblichen Aktivitäten... ... an allen Tagen nachgehen ☐ .

... an etwa ☐☐ Tagen **nicht** nachgehen.

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

8b. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

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

8c. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- und Freundeskreis** beeinträchtigt?

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

8d. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

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

**9.** 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 OP: Tag Monat Jahr

auf einen Unfall ..... ☐ → wenn ja, welchen? _____

Unfalldatum: Tag Monat Jahr

auf körperliche Belastung ..... ☐

auf seelische Belastung ..... ☐

auf eine andere Ursache ..... ☐ → wenn ja, welche? _____

**10.** Können Sie selbst etwas tun, um Ihre Schmerzen **günstig zu beeinflussen**?

ja ..... ☐ nein ..... ☐

Wenn ja, was tun Sie selbst, um Ihre Schmerzen **günstig zu beeinflussen**? Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ...

_____

_____

**11.** Wissen Sie, **was** Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen **auslöst oder verschlimmert**?

ja ..... ☐ nein ..... ☐

Wenn ja, **was löst** Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen **aus oder verschlimmert sie**?

_____

_____

**12.** 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 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 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | trifft voll-kommen zu 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. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**13. 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

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

## Bisherige Behandlungen

**14.** Wurden Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits untersucht oder behandelt?

ja ..... ☐ → bitte weiter bei Frage 15 nein ..... ☐ → bitte weiter bei Frage 17

**15a.** Kreuzen Sie bitte die Facharzt- bzw. Berufsgruppe an, die Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bisher aufgesucht haben (Mehrfachantworten sind möglich).

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hausärzt:in ..... ☐ | Neurochirurg:in ..... ☐ | Physiotherapeut:in .... ☐ | Radiologe:in ..... ☐ |
| Chirurg:in ..... ☐ | Neurologe:in ..... ☐ | Psychiater:in ..... ☐ | Schmerztherapeut:in ... ☐ |
| Internist:in ..... ☐ | Orthopäde:in ..... ☐ | Psychotherapeut:in ... ☐ | Ergotherapeut:in ..... ☐ |

Andere _____

**15b.** Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt?

ja ..... ☐ → wenn ja, welche? _____ nein ..... ☐

**16.** 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.

| | Diese Maßnahmen erhalten? | | Wurden die Schmerzen hierdurch gelindert? ja | zeitweise | nein |
|---|---|---|---|---|---|
| Medikamente | ☐ | → wenn ja: | ☐ | ☐ | ☐ |
| Infusionen | ☐ | → wenn ja: | ☐ | ☐ | ☐ |
| Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden | ☐ | → wenn ja: | ☐ | ☐ | ☐ |
| Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural) | ☐ | → wenn ja: | ☐ | ☐ | ☐ |
| Krankengymnastik | ☐ | → wenn ja: | ☐ | ☐ | ☐ |
| Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie | ☐ | → wenn ja: | ☐ | ☐ | ☐ |
| Elektrische Nervenstimulation (TENS) | ☐ | → wenn ja: | ☐ | ☐ | ☐ |
| Akupunktur | ☐ | → wenn ja: | ☐ | ☐ | ☐ |
| Psychotherapie | ☐ | → wenn ja: | ☐ | ☐ | ☐ |
| Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback | ☐ | → wenn ja: | ☐ | ☐ | ☐ |
| Medikamenten-Entzug | ☐ | → wenn ja: | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kur-/Reha-Behandlung | ☐ | → wenn ja: | ☐ | ☐ | ☐ |
| Anderes: _____ | ☐ | → wenn ja: | ☐ | ☐ | ☐ |

**17.** Hatten Sie schon einmal eine Operation, die **im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen** stand?

ja ..... ☐ → Wie oft? ☐☐ mal nein ..... ☐ → weiter bei Frage 18

Wenn ja, welche? Bitte notieren Sie diese Operationen:

| | Art der Operation | Jahr der Operation |
|---|---|---|
| 1. | _____ | ☐☐☐☐ |
| 2. | _____ | ☐☐☐☐ |
| 3. | _____ | ☐☐☐☐ |

**18.** **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie in die Tabelle **alle Medikamente** ein, die Sie **zurzeit** einnehmen (z.B. Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel).

| | Ihre aktuellen Medikamente | Stärke | Form | Ich nehme das Medikament **regelmäßig:** morgens | mittags | abends | zur Nacht | Ich nehme das Medikament **nur bei Bedarf:** ja? | Ungefähr **wie oft pro Monat**? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Beispiel | Ibuprofen ret. | 800mg | Tablette | 1 | 0 | 0 | 1 | | |
| Beispiel | Fentanyl | 25µg/Std | Pflaster | 1 (alle 3 Tage) | 0 | 0 | 0 | | |
| Beispiel | Novaminsulfon | 500mg/ml | Tropfen | | | | | X | 3-4x je 40 Trpf. an ca. 3 Tagen |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Bitte hier **Ihre Medikamente** eintragen:

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

| | Ihre früheren Schmerzmedikamente | wirksam? (bitte ankreuzen) nein | etwas | ja | Nebenwirkungen |
|---|---|---|---|---|---|
| Beispiel | Tramadol | | X | | Übelkeit |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**20.** **Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?** ja ..... ☐ nein .... ☐

Wenn ja, gegen welche?

_____

_____

_____

**21.** 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.

| | ja | Beeinträchtigung im Alltag keine 0 | 1 | 2 | starke 3 | nein |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs**<br>Welche Erkrankung: _____ | ☐ → | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks**<br>z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie, Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall<br>Andere: _____ | ☐ → | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Erkrankungen der Atemwege**<br>z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Tuberkulose, Lungenentzündung<br>Andere: _____ | ☐ → | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Erkrankungen von Herz oder Kreislauf**<br>z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie<br>Andere: _____ | ☐ → | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Magen-, Darmerkrankungen**<br>z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit), Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels), Magen- oder Darmblutung<br>Andere: _____ | ☐ → | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse**<br>z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse<br>Andere: _____ | ☐ → | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane**<br>z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung, Nierenkoliken, Nierensteine<br>Andere: _____ | ☐ → | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Stoffwechsel-Erkrankungen**<br>z.B. Zuckerkankheit, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Erhöhung der Blutfettwerte<br>Andere: _____ | ☐ → | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Hauterkrankungen**<br>z.B. Psoriasis (Schuppenflechte), Nesselsucht, Ekzeme<br>Andere: _____ | ☐ → | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes**<br>z.B. Chronische Polyarthritis, M.Bechterew, rheumatische Muskelentzündung, Skoliose, Osteoporose, Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk, Bruch eines Wirbelkörpers<br>Andere: _____ | ☐ → | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Seelische Leiden**<br>z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Magersucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose<br>Andere: _____ | ☐ → | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Andere Erkrankungen**<br>Welche Erkrankung: _____ | ☐ → | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Risikofaktoren**<br>Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV<br>Andere: _____ | ☐ | | | | | ☐ |
| **Unverträglichkeiten, Allergien**<br>z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub<br>Andere: _____ | ☐ | | | | | ☐ |

## Schmerz-Bewertungs-Skala

**22.** Die folgenden dreizehn Sätze beschreiben **verschiedene Gedanken und Gefühle**, die bei Schmerzen auftreten können. Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala eine Zahl bei jeder Frage, wie stark diese Gedanken und Gefühle auf Sie zutreffen, wenn Sie Schmerzen haben.

| | | trifft überhaupt nicht zu<br>0 | trifft eher nicht zu<br>1 | teils-teils<br>2 | trifft eher zu<br>3 | trifft immer zu<br>4 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.** | Ich mache mir ständig Sorgen, ob die Schmerzen wohl jemals wieder aufhören werden. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **2.** | Ich denke, ich kann nicht mehr. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **3.** | Der Zustand ist schrecklich und ich denke, dass es nie mehr besser wird. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **4.** | Der Zustand ist furchtbar und droht mich zu überwältigen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **5.** | Ich habe das Gefühl, ich halte es nicht mehr aus. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **6.** | Ich bekomme Angst, dass die Schmerzen noch stärker werden. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **7.** | Ich denke ständig an andere Situationen, in denen ich Schmerzen hatte. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **8.** | Ich wünsche mir verzweifelt, dass die Schmerzen weggehen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **9.** | Ich kann nicht aufhören, an die Schmerzen zu denken. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **10.** | Ich denke ständig daran, wie sehr es schmerzt. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **11.** | Ich denke ständig daran, wie sehr ich mir ein Ende der Schmerzen herbeiwünsche. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **12.** | Es gibt nichts, was ich tun kann, um die Schmerzen zu lindern. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **13.** | Ich mache mir Sorgen, dass die Schmerzen auf etwas Schlimmes hindeuten. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## Gesundheitsbezogene Lebensqualität

**23.** In diesem Fragebogenabschnitt geht es um die Beurteilung **Ihres Gesundheitszustandes.** Ihre Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und **wie gut Sie Ihre Alltagstätigkeiten** ausüben können. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei der Antwort auf eine Frage unsicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich.

| | | ausge-zeichnet | sehr gut | gut | weniger gut | schlecht |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.** | Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Sind Sie **derzeit** aufgrund Ihrer Gesundheit bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

| | | ja, stark eingeschränkt | ja, etwas eingeschränkt | nein, überhaupt nicht eingeschränkt |
|---|---|---|---|---|
| **2.** | **Mittelschwere** Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln | ☐ | ☐ | ☐ |
| **3.** | **Mehrere** Treppenabsätze steigen | ☐ | ☐ | ☐ |

Hatten Sie **in den vergangenen 4 Wochen** aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten?

| | | nie | selten | manchmal | meistens | immer |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **4.** | Ich habe weniger geschafft als ich wollte. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **5.** | Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Hatten Sie **in den vergangenen 4 Wochen** aufgrund **seelischer Probleme** die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

| | | nie | selten | manchmal | meistens | immer |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **6.** | Ich habe weniger geschafft als ich wollte. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **7.** | Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | **überhaupt nicht** | **ein wenig** | **mäßig** | **ziemlich** | **sehr** |
| **8.** | Inwieweit haben Schmerzen **in den vergangenen 4 Wochen** Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich **in den vergangenen 4 Wochen** gefühlt haben und wie es Ihnen ergangen ist. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

| Wie oft fühlten Sie sich **in den vergangenen 4 Wochen**... | | immer | meistens | ziemlich oft | manch-mal | selten | nie |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **9.** | ... ruhig und gelassen? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **10.** | ... voller Energie? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **11.** | ... entmutigt und traurig? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | | immer | meistens | manchmal | selten | nie |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **12.** | Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme **in den vergangenen 4 Wochen** Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## Allgemeine Fragen zu Ihrer Person

**24.** Bitte beantworten Sie zum Abschluss noch die folgenden **Fragen zu Ihrer Person**.

**1.** Welches Geschlecht haben Sie?

männlich ..... ☐
weiblich ..... ☐
divers ..... ☐

**2.** In welchem Jahr wurden Sie geboren? ☐☐☐☐

**3.** Was ist Ihr Familienstand?

ledig ..... ☐
verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft ..... ☐
geschieden / getrennt lebend ..... ☐
verwitwet ..... ☐

**4.** Leben Sie in einer festen Partnerschaft?

ja ..... ☐
nein ..... ☐

**5.** Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Insgesamt ☐☐ Personen

**6.** Welchen **höchsten Schulabschluss** haben Sie?

Haupt- / Volksschulabschluss ..... ☐
Realschulabschluss / Mittlere Reife / Polytechnische Oberschule (POS) ..... ☐
Fachhochschulreife ..... ☐
Abitur / Allgemeine Hochschulreife / Erweiterte Oberschule (EOS) ..... ☐
anderen Schulabschluss ..... ☐
keinen Schulabschluss ..... ☐

**7.** Welche **Berufsausbildung** haben Sie abgeschlossen? Mehrfachnennungen sind möglich.

Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung) ..... ☐
Fachschule / Fachakademie ..... ☐
Fachhochschule / Ingenieurschule ..... ☐
Universität / Hochschule ..... ☐
andere Berufsausbildung ..... ☐
keine Ausbildung ..... ☐
Ich befinde mich derzeit noch in beruflicher Ausbildung (Azubi, Praktikant:in, Student:in) .... ☐

**8.** Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie derzeit aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt?

_____

Ich war noch nie berufstätig ..... ☐

**9.** Was auf der folgenden Liste **trifft auf Sie zu?** Ich bin derzeit…

in Vollzeit erwerbstätig ..... ☐
in Teilzeit erwerbstätig ..... ☐
geringfügig beschäftigt / Minijob ..... ☐
in beruflicher Ausbildung / Lehre / Umschulung ..... ☐
Hausfrau:Hausmann ..... ☐
Schüler:in ..... ☐
Student:in ..... ☐
Rentner:in / pensioniert ..... ☐
arbeitssuchend / arbeitslos ..... ☐
sonstiges ..... ☐

**10.** An wie vielen Tagen waren Sie **in den letzten 3 Monaten** krankgeschrieben?

Ich war ... an keinem Tag krankgeschrieben ☐ .

... an ungefähr ☐☐ Tagen krankgeschrieben.

**11.** Sind Sie **zurzeit** krankgeschrieben?

ja ..... ☐ → wenn ja, seit wann? ☐☐ Tag ☐☐ Monat ☐☐☐☐ Jahr

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

ja .... ☐ nein .... ☐

nein .... ☐

**12.** Haben Sie einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (Frührente aus Gesundheitsgründen) gestellt?

ja ..... ☐ → Der Antrag … … ist bewilligt worden. ..... ☐

… ist noch nicht entschieden. ..... ☐

… ist abgelehnt. ..... ☐

… befindet sich im Widerspruchs- / Klageverfahren. ..... ☐

nein .... ☐ → Überlegen Sie derzeit, einen solchen Antrag zu stellen?

ja .... ☐ nein .... ☐

**13.** Wurde bei Ihnen ein durch das Versorgungsamt anerkannter **Grad der Behinderung (GdB)** festgestellt?

ja ..... ☐ → wenn ja, wie hoch ist der Grad der Behinderung? ☐☐☐

nein .... ☐

**14.** Sind Sie zurzeit **gehfähig**? ja ..... ☐ nein ..... ☐

**15.** Sind Sie für Ihre eigene Versorgung (Körperpflege, Anziehen, Essen) **auf Hilfe angewiesen**? ja ..... ☐ nein ..... ☐

**Schutzrechte**
Die Schutzrechte des Deutschen Schmerzfragebogens (DSF) liegen bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

*Der Deutsche Schmerzfragebogen enthält u.a.:*
Schmerzbeschreibungsliste (SBL): Korb 2006, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0
Graded Chronic Pain Scale Items and Scoring (GCPS): Von Korff et al. 1992, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0
Fragebogen zum Wohlbefinden (MFHW): Herda, Scharfenstein, Basler 1998, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0
Depressivität, Angst und Stress bei Schmerzen (DASS): Nilges, Essau 2012, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0
Schmerz-Bewertungs-Skala (PCS): Meyer et al. 2008
Veterans RAND 12 Gesundheitsfragebogen (VR-12): Trustees of Boston University 2014, Dt. Version: Buchholz, Kohlmann 2015

## Kontaktdaten

Bitte tragen Sie hier **das heutige Datum** ein: Tag Monat Jahr

**1.** Nachname: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum:

Tag Monat Jahr

**2.** PLZ: _____ Wohnort: _____

Straße: _____

Telefonnr.: _____

e-Mail: _____

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

**4.** Überweisende:r Ärzt:in:

Name: _____ Telefonnr.: _____

Adresse: _____

**5.** Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen, die Sie zurzeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage 4):

Name: _____ Telefonnr.: _____

Adresse: _____

**6.** Ihre Krankenversicherung: _____

**7.** Besteht eine Zusatzversicherung? ja ... ☐ nein ... ☐

... wenn ja, welche? _____

**8.** Beihilfe-Berechtigung: ja ... ☐ nein ... ☐

→ durch _____

**9.** Behandlung aufgrund eines anerkannten BG-Verfahrens (Arbeits- oder Wegeunfall) ja ... ☐ nein ... ☐

**10.** Haben Sie eine Krankentagegeldversicherung? ja ... ☐ nein ... ☐

## Vorbehandlungen

**1.** Bitte notieren Sie soweit möglich jeweils Namen, Fachrichtung und Adresse **von Ärzt:innen, Heilpraktiker:innen und anderen Therapeut:innen**, bei denen Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits in Behandlung waren oder sind:

| **Name** | **Fachrichtung** | **Adresse** | **in Behandlung von - bis** |
|---|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

**2.** Bitte notieren Sie hier Ihre schmerzbezogenen **stationären Behandlungen (Krankenhausaufenthalte)**:

| **Name** | **Adresse** | **in Behandlung von - bis** |
|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

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

| **Name** | **Adresse** | **in Behandlung von - bis** |
|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

**4.** Wurden bei Ihnen aufgrund Ihrer Schmerzen **bildgebende Verfahren** durchgeführt (z.B. MRT, Röntgen, CT, Ultraschall)?

nein ..... ☐ ja ..... ☐

**Wenn ja**, an welchen Körperteilen?

**Wenn ja**, wann zuletzt?

| | | Tag | Monat | Jahr |
|---|---|---|---|---|
| Wirbelsäule ..... | ☐ | __ __ | __ __ | __ __ __ __ |
| Kopf, Becken, Hüfte, Gliedmaßen ..... | ☐ | __ __ | __ __ | __ __ __ __ |
| Innere Organe: Lunge, Nieren, Darm, Magen ..... | ☐ | __ __ | __ __ | __ __ __ __ |
| Brust (Mammographie) ..... | ☐ | __ __ | __ __ | __ __ __ __ |
| Sonstiges ..... | ☐ | __ __ | __ __ | __ __ __ __ |

**Platz für weitere Bemerkungen:**

_____

_____

## Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!