

Deutscher Schmerz-Fragebogen



Schmerztherapie & Hausärztliche-Versorgung
Dr. med. Schappert und Schön
Überörtliche Gemeinschaftspraxis

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 Gesprächs 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.
Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.
Ihre Fragebogendaten werden in unserem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, damit diese Ihren Therapeuten während Ihrer Behandlung jederzeit zur Verfügung stehen.

Die folgenden vier Zeilen bitte nicht ausfüllen! Diese werden von unserem Praxis-Team ausgefüllt!

Patienten-Nr.: _____
Ausgabe-Datum: _____
Eingangs-Datum: _____
Erster Behandlungstermin: _____

Deutscher Schmerz-Fragebogen – Seite 2

Patient:

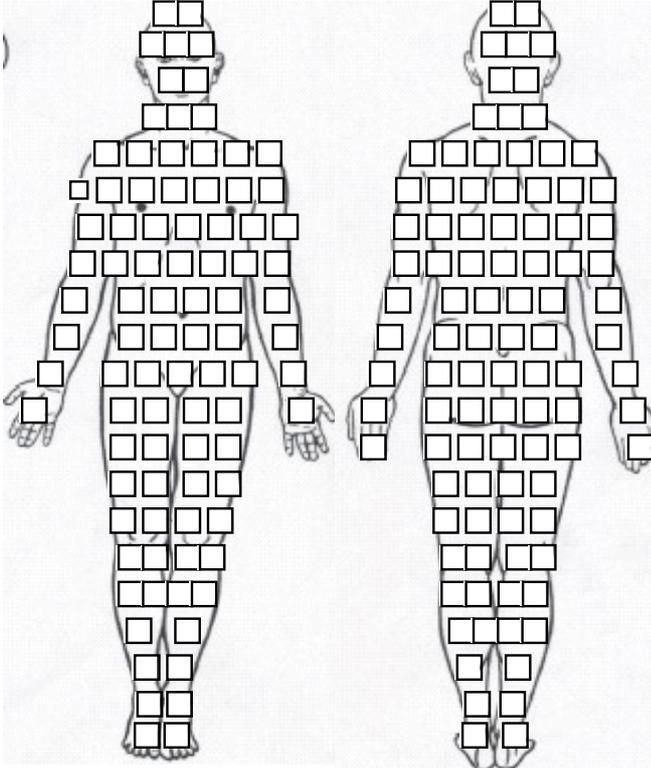
Datum beim Ausfüllen:

1. Geburtsdatum: Tag/Monat/Jahr Alter: Jahre

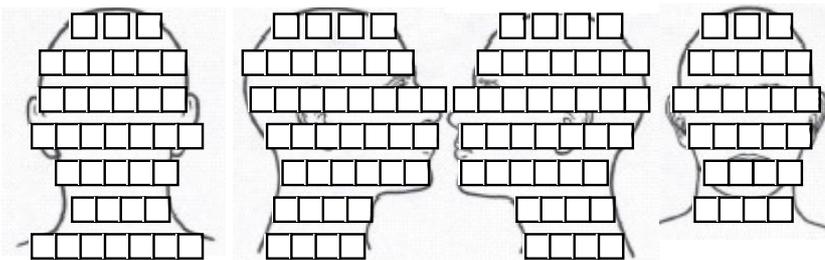
2. Geschlecht: männlich weiblich

3. Körpergröße in cm: 4. Körpergewicht: kg

5. Bitte markieren Sie im Körperschema das/die Kästchen, die sich am nächsten an der/den Körperstellen befindet, an denen 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?

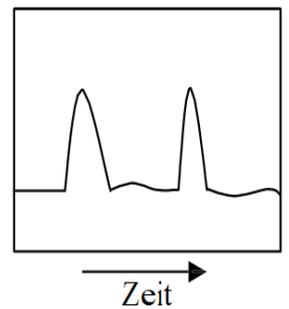
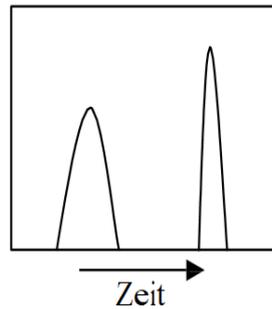
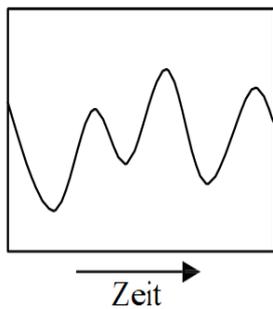
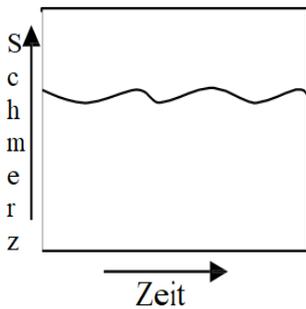
weniger als 1 Monat ½ Jahr bis 1 Jahr 2 bis 5 Jahre
1 Monat bis ½ Jahr 1 bis 2 Jahre mehr als 5 Jahre

b) Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind? TT/MM/JJ

Deutscher Schmerz-Fragebogen – Seite 3

Patient:

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, 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 Eigenschaftswörtern 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..heiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..drückend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..brennend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..pochend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..elend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..klopfend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..schauderhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..stechend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..scheußlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..ziehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..furchtbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schmerzbeschreibungsliste (SBL, Korb 2006) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

Deutscher Schmerz-Fragebogen – Seite 4

Patient:

11. Geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie in den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation).

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.

a) Geben Sie bitte zunächst Ihre momentane Schmerzstärke an:

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<input type="checkbox"/>										
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

b) Geben Sie jetzt bitte Ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<input type="checkbox"/>										
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

c) Geben Sie jetzt bitte Ihre größte Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<input type="checkbox"/>										
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

d) Geben Sie jetzt an, welche Schmerzstärke für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich wäre:

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<input type="checkbox"/>										
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

12. 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.

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

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.

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

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<input type="checkbox"/>										
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

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

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<input type="checkbox"/>										
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

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

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
<input type="checkbox"/>										
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

Deutscher Schmerz-Fragebogen – Seite 5

Patient:

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
- auf einen Unfall wenn ja, welchen?
- Datum des Unfalls
- 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 vollkommen zu
	0	1	2	3	4	5
Trotz der Schmerzen würde ich sagen:						
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	<input type="checkbox"/>					
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	<input type="checkbox"/>					
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	<input type="checkbox"/>					
4. Ich habe mein Leben genießen können.	<input type="checkbox"/>					
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	<input type="checkbox"/>					
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	<input type="checkbox"/>					
7. Ich habe mich richtig freuen können.	<input type="checkbox"/>					

Fragebogen zum Wohlbefinden (FW7, Herda, Scharfenstein u. Basler 1998) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

Deutscher Schmerz-Fragebogen – Seite 6

Patient:

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

Depressivität, Angst und Stress bei Schmerzen (DASS, Nilges und Essau 2012) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen: D: A: S:

Deutscher Schmerz-Fragebogen – Seite 7

Patient:

18. a) Von wem wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen untersucht oder behandelt?

Keine Behandlung

Allgemeinarzt Neurochirurg Psychotherapeut

Chirurg Heilpraktiker Neurologe

Radiologe Orthopäde Schmerztherapeut

Internist Psychiater Andere:

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	Wirksam?		
			ja	vorübergehend	nein
bisher keine Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infusionen	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropraktik	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenten-Entzug	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kur-/Reha-Behandlung	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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: Tag/Monat /Jahr	wg. Schmerz?↓
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Deutscher Schmerz-Fragebogen – Seite 8

Patient:

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>	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?
Medikament						
Beispiel: Ibuprofen 600	1 Tbl.	1 Tbl.	0	0		
Beispiel: Ibuprofen 200					<input type="checkbox"/>	ca. 7mal 1 Tbl.

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

22. 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 Schmerz-Medikamente	Wirksamkeit?(bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen?
	ja	etwas	nein	bitte beschreiben
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

23. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? Ja nein

wenn ja, gegen welche?

Deutscher Schmerz-Fragebogen – Seite 9

Patient:

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="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung			
<input type="text"/>	keine 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	starke 3 <input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall. Andere:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung			
<input type="text"/>	keine 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	starke 3 <input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung Andere:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung			
<input type="text"/>	keine 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	starke 3 <input type="checkbox"/>
Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie Andere:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung			
<input type="text"/>	keine 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	starke 3 <input type="checkbox"/>
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="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung			
<input type="text"/>	keine 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	starke 3 <input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse Andere:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung			
<input type="text"/>	keine 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	starke 3 <input type="checkbox"/>
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="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung			
<input type="text"/>	keine 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	starke 3 <input type="checkbox"/>
Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte. Andere:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung			
<input type="text"/>	keine 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	starke 3 <input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme. Andere:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung			
<input type="text"/>	keine 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	starke 3 <input type="checkbox"/>
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="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung			
<input type="text"/>	keine 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	starke 3 <input type="checkbox"/>
Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Magersucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose. Andere	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung			
<input type="text"/>	keine 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	starke 3 <input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung			
<input type="text"/>	keine 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	starke 3 <input type="checkbox"/>
Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Andere:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster,Lebensmittel,Wasch-/Putzmittel,Blütenstaub,Hausstaub	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

Deutscher Schmerz-Fragebogen - Seite 10

Patient:

Modul D

Demographie, Versicherung

D-1. Nachname:

Vornamen:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

TT/MM/JJJJ

Alter:

Jahre

D-2. Geschlecht:

männlich

weiblich

D-3. Körpergröße :

cm

4. Körpergewicht:

kg

D-4. PLZ:

Wohnort:

Straße:

Tel. privat:

Tel. dienstl.:

Handy:

e-Mail:

D-5. Entfernung von Ihrer Wohnung bis zu unserer Praxis / Klinik (in km):

km

D-6. Nationalität:

Muttersprache:

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

D-8. Name, Adresse und Telefon-Nummer der Ärzte oder Psychotherapeuten, die Sie zurzeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage D-7):

D-9. Krankenversicherung für **ambulante Behandlung**:

zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse:

D-10. Krankenversicherung für **stationäre Behandlung**:

D-11. Beihilfe-Berechtigung: nein ja durch:

D-12. Behandlung aufgrund eines anerkannten BG-Verfahrens (Arbeits- oder Wegeunfall):

ja

nein

D-13. Haben Sie eine Krankentagegeldversicherung?

ja

nein

D-14. Besteht eine Zusatzversicherung?

ja

nein

D-15. Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt? (Mehrfachantworten sind möglich):

ich lebe allein

Ehepartner/Partner

Kinder

(Schwieger-)Eltern

D-16. Welche Schulausbildung haben Sie?

keinen Abschluss

Hauptschule / Volksschule

Realschule / Mittlere Reife

Fachhochschulreife

Abitur / allgemeine Hochschulreife

D-17. Welche Berufsausbildung haben Sie:

Deutscher Schmerz-Fragebogen - Seite 11

Patient:

Modul S Sozialrechtliche Situation

S-1. Sind Sie zurzeit berufstätig ? (trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind) ja, ich bin zurzeit berufstätig, d.h. habe einen Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> weiter bei Frage S-2
nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig	<input type="checkbox"/>
Ich habe zuletzt gearbeitet als (bitte eintragen): <input type="text"/>	
weiter bei Frage S-5	

Die Fragen S-2 bis S-4 bitte beantworten, wenn Sie zurzeit berufstätig sind (auch bei Krankschreibung)

S-2. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?	<input type="text"/>
S-3. Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig ?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
S-4. Wie viele Tage waren Sie in den letzten 3 Monaten arbeitsunfähig?	
ich war in letzten 3 Monaten an <input type="text"/> Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)	
ich bin durchgehend arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> seit <input type="text"/> Tag/Monat/Jahr	

Die Frage S-5 bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind.

S-5. Wenn Sie zurzeit nicht berufstätig sind, sind Sie ...		
Schüler/in, Student/in <input type="checkbox"/>	Hausfrau / Hausmann <input type="checkbox"/>	berentet <input type="checkbox"/>
arbeitslos / erwerbslos <input type="checkbox"/>	seit <input type="text"/>	(Monat/Jahr)

S-6. Beabsichtigen Sie einen Renten-Antrag oder einen Antrag auf Renten-Änderung zu stellen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Rentenanspruch/Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der noch nicht entschieden ist?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, wegen:	<input type="text"/>	
am:	<input type="text"/> Tag/Monat/Jahr	
Ist bereits ein Rentenanspruch abgelehnt worden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Befindet sich derzeit ein Rentenanspruch im Widerspruchsverfahren?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

S-7. Beziehen Sie derzeit eine Rente?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja,	auf Zeit <input type="checkbox"/>	bis wann: <input type="text"/> TT/MM/JJJJ
	endgültig <input type="checkbox"/>	seit wann: <input type="text"/> TT/MM/JJJJ
wenn ja, Berentung welcher Art?		
Vorgezogenes Altersruhegeld <input type="checkbox"/>	Teilweise Erwerbsminderung <input type="checkbox"/>	
Berufsunfähigkeit <input type="checkbox"/>	Volle Erwerbsminderung <input type="checkbox"/>	
Erwerbsunfähigkeit <input type="checkbox"/>	Unfallrente <input type="checkbox"/>	
Erreichen der Altersgrenze <input type="checkbox"/>	Witwen- oder Waisenrente <input type="checkbox"/>	

S-8. Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten Grad der Behinderung ?		
(GdB) ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	→ wenn ja, wie hoch ist der GdB? <input type="text"/>
Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Deutscher Schmerz-Fragebogen - Seite 12

Patient:

Modul L Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In diesem Fragebogen 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.

	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	<input type="checkbox"/>				

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?

	stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. mehrere Treppenabsätze steigen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>				
5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen	<input type="checkbox"/>				

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	<input type="checkbox"/>				
7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen	<input type="checkbox"/>				

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>				

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	manchmal	selten	nie
9. ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>					
10. voller Energie?	<input type="checkbox"/>					
11. entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>					

	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?	<input type="checkbox"/>				

Deutscher Schmerz-Fragebogen – Seite 13

Patient:

Modul V Vorbehandlungen

V-1 Bitte notieren Sie soweit möglich jeweils Namen, Fachrichtung und Adresse von Ärzten, Heilpraktikern und anderen Therapeuten, bei denen Sie wegen Ihrer Schmerzen bereits in Behandlung waren oder sind.

Name	Fachrichtung	Adresse in	Behandlung von – bis

V-2 Bitte notieren Sie hier Ihre schmerzbezogenen stationären Behandlungen (Krankenhausaufenthalte)

Name	Adresse	Behandlung von – bis

V-3 Bitte notieren Sie hier Ihre schmerzbezogenen Aufenthalte in Kur- oder Rehabilitationskliniken

Name	Adresse	Behandlung von – bis

Platz für weitere Bemerkungen: