

## Schmerzfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankheitsgeschichte. Sie dienen zusätzlich zu den vorhandenen medizinischen Berichten und Befunden der Klärung Ihres Krankheitsbildes und erleichtern uns die Planung Ihrer weiteren Diagnostik und Behandlung.

Alle Daten dieses Fragebogens unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes unterworfen.

1. **Name, Vorname:**

**Datum:**

**Geburtsdatum:**

2. Malen Sie bitte in den nachfolgenden Körperschemata ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten.

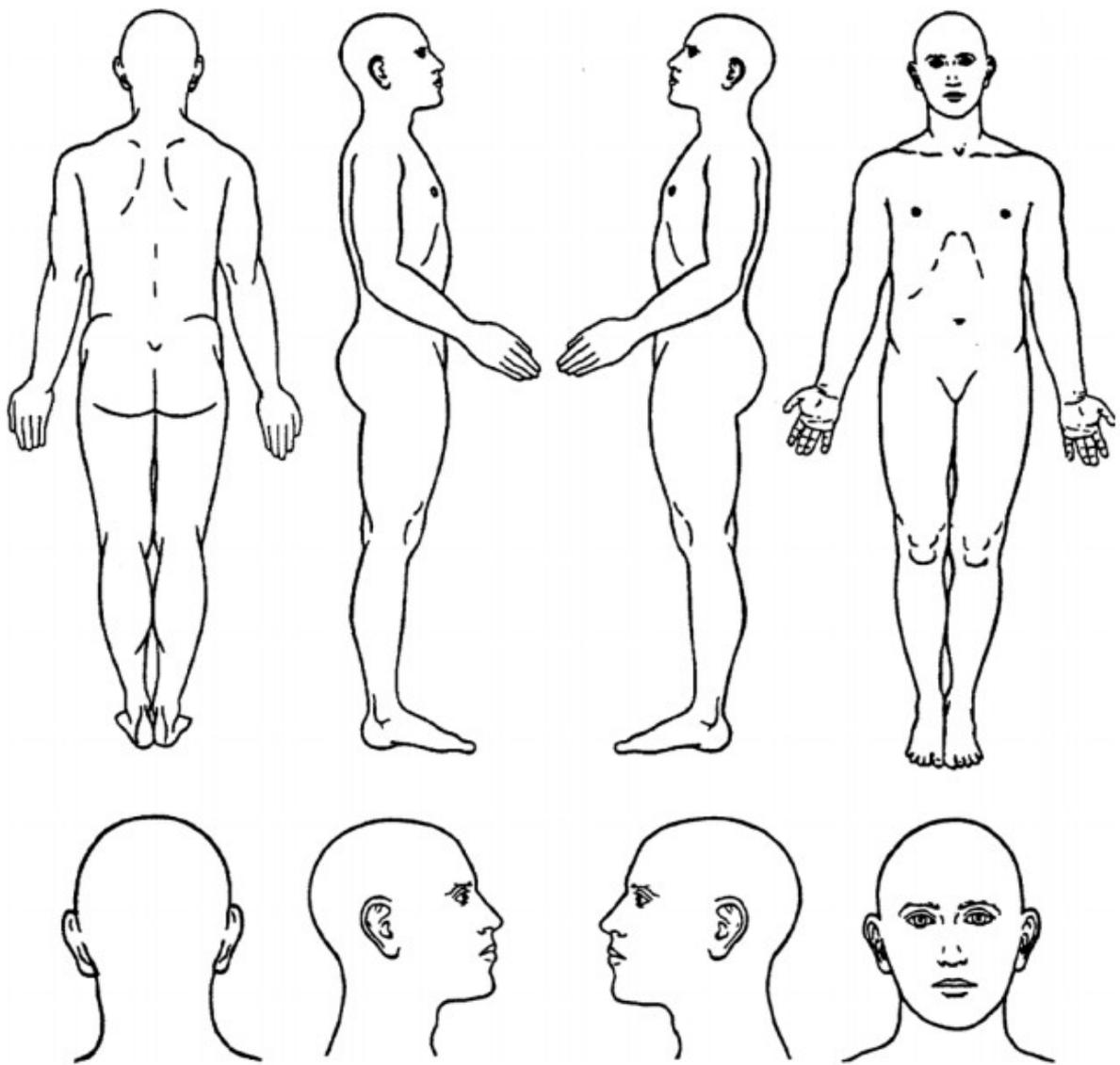
Markieren Sie die Schmerzstellen folgendermaßen:

Wenn der Schmerz eher **eingegrenzt oder punktförmig** auftritt, machen Sie bitte ein **Kreuz**.

Falls Ihre Schmerzen an diesem **Punkt beginnen und** in einen anderen Körperteil **ausstrahlen**, zeichnen Sie dies bitte mit einem **Pfeil** ein.

Wenn Ihre Schmerzen eher **diffus** sind, also nicht genau lokalisiert werden können oder über eine größere Fläche ausstrahlen, so **schraffieren** Sie bitte die Schmerzzone.

Falls Sie mehrere schmerzende Körperstellen bezeichnet haben, markieren Sie bitte den Schmerz, der für Sie am stärksten ist, mit einer „1“ (Hauptschmerz).



3. Bitte versuchen Sie hier, Ihre Schmerzen mit Ihren eigenen Worten zu beschreiben (z. B. „starker ziehender Schmerz, von der Schulter beginnend, in den Unterarm ausstrahlend; verstärkt sich bei der Bewegung der Schulter“).

4. Seit wann bestehen Ihre Hauptschmerzen?

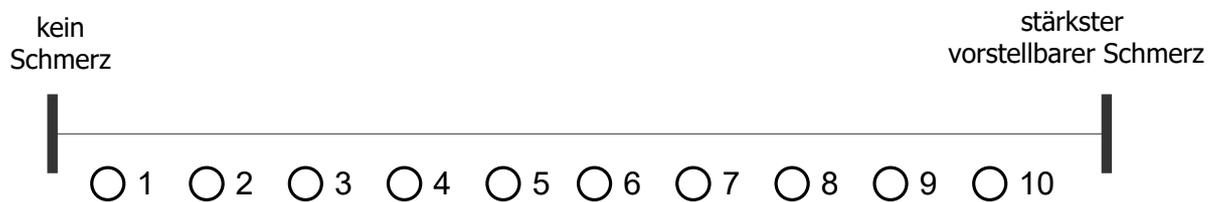
Datum:

5. Geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Hauptschmerzen an. Kreuzen Sie auf den unten aufgeführten Linien an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter der üblichen Medikation). Die Zahlen können Ihnen bei der Einteilung helfen: 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. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

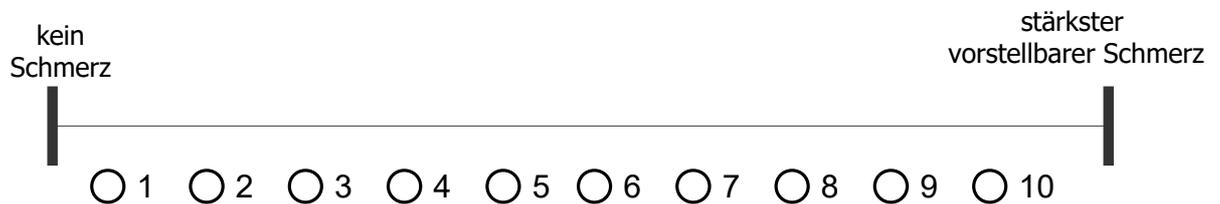
- a. Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:



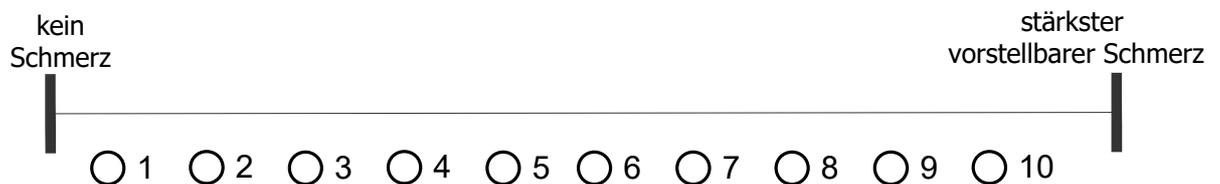
- b. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:



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



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



6. Liegt bei Ihnen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder ein Grad der Behinderung (GdB) vor oder haben Sie einen Antrag auf diese gestellt?

MdE:  wenn ja, wie viel Prozent?  %

GdB:  wenn ja, wie viel Prozent?  %

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

8. Die nachfolgenden Aussagen dienen der näheren Beschreibung Ihrer Schmerzempfindung. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, ob die vorgegebene Empfindung für Ihre Schmerzen stimmt. Sie haben bei der 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, d.h. ca. in den letzten 3 Monaten, typisch gewesen sind.

Bitte wählen Sie die Zahl, die am besten zutrifft. Bitte wählen Sie in jeder Zeile eine Zahl und lassen Sie bei der Beantwortung keine Aussage aus.

	trifft genau zu	trifft weit- gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
Ich empfinde meine Schmerzen als quälend	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als grausam	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als erschöpfend	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als heftig	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als mörderisch	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als elend	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als schauerhaft	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als scheußlich	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als schwer	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als entnervend	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als marternd	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als furchtbar	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als unerträglich	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als lähmend	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als schneidend	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als klopfend	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als brennend	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als reißend	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als pochend	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als glühend	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als stechend	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als hämmernd	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als heiß	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Ich empfinde meine Schmerzen als durchstoßend	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1

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

- Antworten:
- |   |                             |                     |
|---|-----------------------------|---------------------|
| 0 | selten oder überhaupt nicht | (weniger als 1 Tag) |
| 1 | manchmal                    | (1 bis 2 Tage lang) |
| 2 | öfters                      | (3 bis 4 Tage lang) |
| 3 | meistens, die ganze Zeit    | (5 bis 7 Tage lang) |

Während der letzten Woche...	selten 0	manchmal 1	öfters 2	meistens 3
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 als sonst geredet	<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 mich die Leute 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"/>

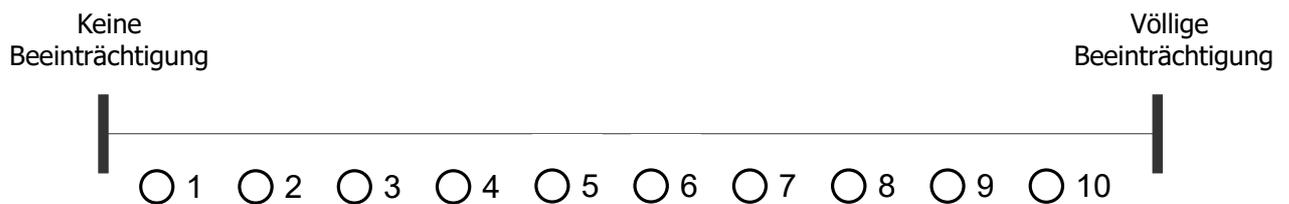
10. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum möchten wir genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

- 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)?

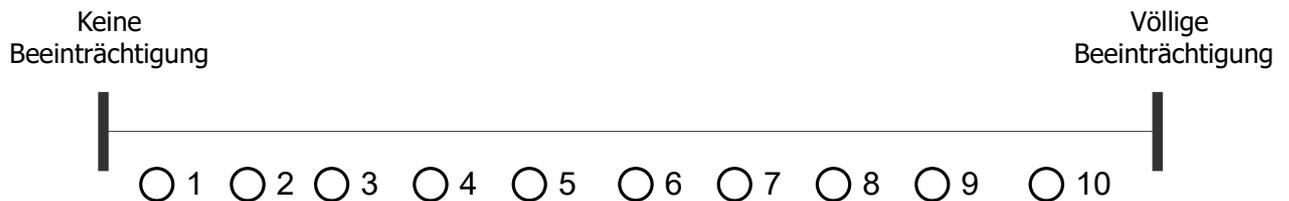
An etwa  Tagen (0-92)

---

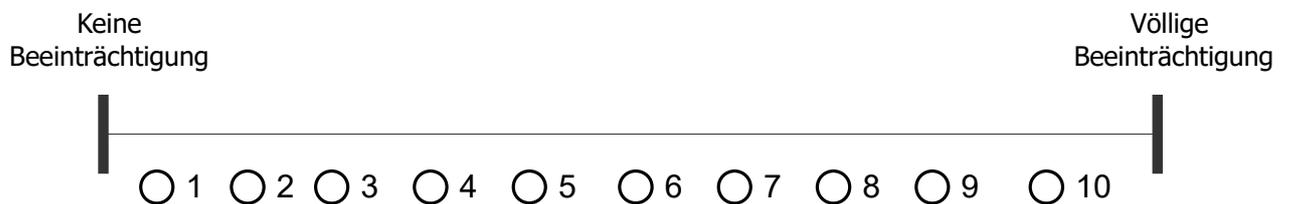
- b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?



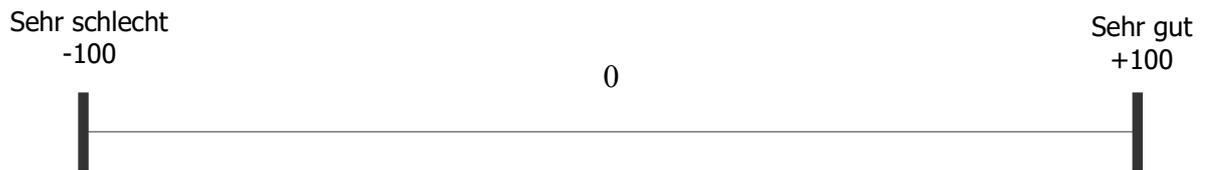
- c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?



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



11. Wie war Ihr **allgemeines Wohlbefinden**? Ordnen Sie Ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechten Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht.



12. War Ihre nächtliche **Schlafdauer**...

ausreichend?     nicht ausreichend?

13. Hatten Sie **Dauerschmerzen**?

ja                       nein

14. Wurden Sie durch Ihre Schmerzen **in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt**?

nein     ja, ein wenig     deutlich     stark     fast völlig

15. Haben die Schmerzen Ihre **Stimmung beeinträchtigt**?

nein     ja, ein wenig     deutlich     stark     sehr stark

16. Hatten Sie das Gefühl, die **Schmerzen lindernd beeinflussen** zu können?

nein     ja, ein wenig     deutlich     stark     sehr stark

17. Hatten Sie **sonstige Beschwerden**? (Mehrfachnennungen möglich)

keine

Müdigkeit

Niedergeschlagenheit

Lustlosigkeit

Übelkeit

Appetitlosigkeit

Schwindel

Magenbeschwerden

Schlafstörung

Verstopfung

Konzentrationsstörung

Schwitzen

Andere

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

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
	0	1	2	3	4
1. Nervosität oder innerem Zittern	<input type="radio"/>				
2. Zittern	<input type="radio"/>				
3. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="radio"/>				
4. Furchtsamkeit	<input type="radio"/>				
5. Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="radio"/>				
6. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="radio"/>				
7. Schreck- oder Panikanfällen	<input type="radio"/>				
8. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="radio"/>				
9. dem Gefühl, dass Ihnen etwas schlimmes passieren wird	<input type="radio"/>				
10. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	<input type="radio"/>				
11. Furcht auf offenen Plätzen oder auf Straßen	<input type="radio"/>				
12. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="radio"/>				
13. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="radio"/>				
14. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="radio"/>				
15. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. Beim Einkaufen oder im Kino	<input type="radio"/>				
16. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	<input type="radio"/>				
17. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="radio"/>				