Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

**Deutscher Schmerz-Fragebogen**

Stempelfeld Schmerztherapeutische Einrichtung



© Deutsche Schmerzgesellschaft

Version 2019 März 2019

## 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.

## 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. Zugang haben nur berechtigte Mitarbeiter unserer Abteilung, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

**Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

Bitte lesen Sie die entsprechenden Anleitungen zur Beantwortung der Fragen genau durch.

Lassen Sie keinen Teil des Fragebogens aus und beantworten Sie bitte alle Fragen, indem Sie ein Kreuz im entsprechenden Kreis setzen ( ), eine zutreffende Zahl ankreuzen [ 4 ] oder die Antwort an die durch einen Strich bezeichnete Stelle schreiben (z.B. *Rü cke ns chm e rze n* ).

**Vielen Dank!**

Die folgenden vier Zeilen bitte nicht ausfüllen!

Patienten-Nr.:

Ausgabe-Datum:

Eingangs-Datum:

Erster Behandlungstermin:

Patient: Datum beim Ausfüllen:

1.

Geburtsdatum:

Alter:

Jahre

T**ag** M**onat** Jah**r**

2.

Geschlecht:

männlich

weiblich

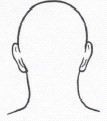
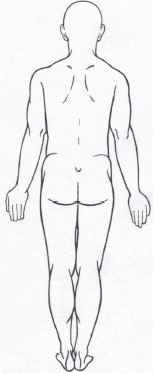
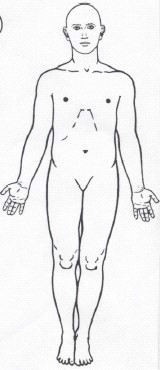
3.

Körpergröße (cm):

4. Körpergewicht (kg):

T**ag** M**onat**

Jah**r**



5. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen 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

1 Monat bis ½ Jahr

½ Jahr bis 1 Jahr

1 bis 2 Jahre

2 bis 5 Jahre

mehr als 5 Jahre

b) Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind?

T**ag** M**onat**

Jah**r**

8. a) Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu? (Bitte nur **eine** Angabe machen!)

S

c h m e r

z

Zeit Zeit Zeit Zeit

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1) Dauerschmerzen mit | 2) Dauerschmerzen mit | 3) Schmerzattacken, | 4) Schmerzattacken, auch |
| leichten Schwankungen | starken Schwankungen | dazwischen schmerzfrei | dazwischen Schmerzen |

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

1. **Wie oft** treten diese Attacken durchschnittlich auf?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| mehrfach täglich | einmal täglich | mehrfach wöchentlich |
| einmal wöchentlich seltener: | mehrfach monatlich | einmal monatlich |

1. **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 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.  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 trifft weit- trifft ein trifft genau gehend wenig nicht zu zu zu zu | trifft trifft weit- trifft ein trifft genau gehend wenig nicht zu zu zu zu |
| 3 2 1 0 | 3 2 1 0 |
| ....dumpf | ….heiß |
| ....drückend | ….brennend |
| ….pochend | ….elend |
| ….klopfend | ….schauderhaft |
| ….stechend | ….scheußlich |
| ....ziehend | ….furchtbar |

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

11. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte **auf 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.

1. Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

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

Schmerz vorstellbarer Schmerz

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

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

kein stärkster

Schmerz vorstellbarer Schmerz

1. 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 stärkster

Schmerz vorstellbarer Schmerz

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

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

kein stärkster

Schmerz 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 ]

keine

[ 1 ]

[ 2 ]

[ 3 ]

[ 4 ]

[ 5 ]

[ 6 ]

[ 7 ]

[ 8 ]

[ 9 ]

[ 10 ]

völlige

Beeinträchtigung Beeinträchtigung

c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder

Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

[ 0 ]

keine

[ 1 ]

[ 2 ]

[ 3 ]

[ 4 ]

[ 5 ]

[ 6 ]

[ 7 ]

[ 8 ]

[ 9 ]

[ 10 ]

völlige

Beeinträchtigung Beeinträchtigung

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

Hausarbeit) beeinträchtigt?

[ 0 ]

keine

[ 1 ]

[ 2 ]

[ 3 ]

[ 4 ]

[ 5 ]

[ 6 ]

[ 7 ]

[ 8 ]

[ 9 ]

[ 10 ]

völlige

Beeinträchtigung Beeinträchtigung

Graded Chronic Pain Scale Items and Scoring (GCPS, von Korff et al. 1992) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

13. a) Auf welche **Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

für mich ist **keine Ursache** erkennbar

auf eine bestimmte Krankheit auf eine Operation

wenn ja, welche?

wenn ja, welche? Datum der Operation

T**ag** M**onat**

Jah**r**

auf einen Unfall

wenn ja, welchen?

Datum des Unfalls

auf körperliche Belastung

auf seelische Belastung auf eine andere Ursache

T**ag** M**onat**

Jah**r**

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 trifft voll-  nicht zu kommen zu  **Trotz der Schmerzen würde ich sagen: 0 1 2 3 4 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. |

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

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

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: \_ \_



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

**Keine** Behandlung

Allgemeinarzt Neurochirurg Psychotherapeut

Chirurg Neurologe Radiologe

Heilpraktiker Orthopäde Schmerztherapeut

Internist Psychiater Andere:

b) Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt?

wenn ja, welche?

ja

nein

|  |
| --- |
| 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 vorüber- nein gehend |
| bisher **keine** Schmerzbehandlung |
| Medikamente → |
| Infusionen → |
| Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden → |
| Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural) → |
| Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme → |
| Krankengymnastik → |
| Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie → |
| Elektrische Nervenstimulation (TENS) → |
| Akupunktur → |
| Chiropraktik → |
| Psychotherapie → |
| Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback → |
| Medikamenten-Entzug → |
| Kur-/Reha-Behandlung → |
| Anderes: → |

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: wg. Schmerz?↓**

1.

2.

3.

4.

5.

T**ag** M**onat** Jah**r**

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 nur bei Bedarf | |
| **Medikament** | früh | mittags | abends | spät abends | wenn zutreffend, ankreuzen | ungefähr wie oft pro Monat? |
| Beispiel: Ibuprofen 600 | 1 Tbl. | 1 Tbl. | 0 | 0 |  |  |
| Beispiel: Ibuprofen 200 |  |  |  |  | X | ca. 7mal 1 Tbl. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ich nehme das Medikament regelmäßig | | | | Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf | |
| **Bitte hier Ihre Medikamente eintragen:** | früh | mittags | abends | spät abends | wenn zutreffend, ankreuzen | ungefähr wie oft pro Monat? |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 22. **Frühere Schmerzmedikamente**: Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben. Bitte bewerten Sie auch deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen. | | | | |
|  | wirksam? (bitte ankreuzen) | | | Nebenwirkungen? |
| **Ihre früheren**  **Schmerz-Medikamente** | nein | etwas | ja | bitte beschreiben |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

23. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? ja nein

wenn ja, gegen welche?

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

# Modul D Demographie, Versicherung

D-1. Nachname:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

T**ag** M**onat**

Jah**r**

D-2. Geschlecht:

männlich

weiblich

D-3. Körpergröße (cm):

Körpergewicht (kg):

D-4. PLZ:

Wohnort:

Straße:

Tel. privat: Handy:

Tel. dienstl.:

e-mail.:

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

ca.

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

D-13. Haben Sie eine **Krankentagegeldversicherung**? ja

D-14. Besteht eine **Zusatzversicherung**? ja

nein

nein 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:

# 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

nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig

weiter bei Frage S-2

Ich habe zuletzt gearbeitet als (bitte eintragen):

weiter bei Frage S-5

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

S-4. Wie viele Tage waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?

ich war in letzten 3 Monaten an

\_ Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)

ich bin durchgehend arbeitsunfähig

seit

T**ag** M**onat**

Jah**r**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| S-2. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? |  | |
| S-3. Sind Sie **zurzeit arbeitsunfähig**? | ja | nein |
| wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können? | ja | nein |

S-5. Wenn Sie zurzeit **nicht berufstätig** sind, sind Sie ...

Schüler/in, Student/in Hausfrau / Hausmann berentet arbeitslos / erwerbslos seit \_ \_/ \_ (Monat/Jahr)

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

S-6. Beabsichtigen Sie einen **Renten-Antrag** oder einen **Antrag**

**auf Renten-Änderung** zu stellen?

ja

nein

Haben Sie einen **Rentenantrag** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?

nein ja

wenn ja, wegen:

\_

\_

am:

T**ag** M**onat**

Jah**r**

Ist bereits ein **Rentenantrag abgelehnt** worden?

ja

nein

Befindet sich derzeit ein Rentenantrag im **Widerspruchsverfahren**? ja

nein

S-7. Beziehen Sie **derzeit** eine **Rente**?

ja

nein

wenn ja,

auf Zeit

endgültig

bis wann:

seit wann:

wenn ja, Berentung welcher Art?

Vorgezogenes Altersruhegeld Berufsunfähigkeit Erwerbsunfähigkeit

Erreichen der Altersgrenze

T**ag**

M**onat**

Jah**r**

Teilweise Erwerbsminderung

Volle Erwerbsminderung Unfallrente

Witwen- oder Waisenrente

S-8. Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten **Grad der**

**Behinderung**? (GdB)

ja

nein

 wenn ja, wie hoch ist der GdB?

\_

Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt? ja nein

**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.

**aus- sehr gut gut weniger schlecht gezeichnet gut**

**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?

**2. mittelschwere Tätigkeiten**, z.B. einen Tisch

**ja, stark eingeschränkt**

**ja, etwas eingeschränkt**

**nein, überhaupt nicht eingeschränkt**

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**

**manchmal 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? ....................................... 









Veterans RAND 12 Gesundheitsfragebogen (“VR-12: How to create VR-12 scales and PCS/MCS summaries” © 2014 by Trustees of Boston University, Dt. Version: Buchholz & Kohlmann 2015

# Modul V Vorbehandlungen

* 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

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

Name Adresse von – bis

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

Name Adresse von – bis

## Platz für weitere Bemerkungen: