

Herr
Kunibert Tester-SZM
Blechweg 67
55130 Mainz

DRK Schmerzzentrum
Mainz

30. April 2019

Sehr geehrter Herr Tester-SZM,

wir freuen uns, Ihnen unseren Fragebogen zur Anmeldung in unserem Hause zuschicken zu können.

Bereits vor einer Terminvergabe müssen wir uns mit Ihrer bisherigen Schmerzdiagnostik, Ihren bisherigen Behandlungen und mit Ihren derzeitigen Schmerzen intensiv befassen. Dies ist uns durch die Auswertung eines speziellen Schmerzfragebogens und dem Studium Ihrer Krankenunterlagen möglich. Für Sie und uns lohnt sich der Zeitaufwand, weil dann eine exakte Diagnostik und die Erstellung eines Behandlungsplans leichter möglich sind.

Wir bitten Sie daher, den beigelegten Schmerzfragebogen **selbstständig, sorgfältig und vollständig** auszufüllen und an uns zurückzusenden. Ebenso bitten wir Sie, um unnötige Verzögerungen zu vermeiden, dem Fragebogen **Fotokopien von allen Arztbriefen, Krankenhausaufenthalten, Gutachten, Stellungnahmen, Befunde von Röntgenuntersuchungen usw.** beizulegen. Bitte schicken Sie uns keine Originale zu, die Kopien verbleiben bei uns in der Akte. Fragen Sie bitte Ihren Hausarzt und fordern Sie zusätzliche Unterlagen von früheren Untersuchungen und stationären Aufenthalten in Krankenhäusern oder Rehakliniken an. Je vollständiger Ihre Unterlagen sind, desto umfassender und gezielter können wir Sie behandeln.

Sollte der Fragebogen unvollständig ausgefüllt oder mit fehlenden Befunden bei uns eingehen, verzögert sich leider die Bearbeitung, da wir die Unterlagen bei Ihnen nachfordern bzw. der Fragebogen zurückgesendet wird.

Sobald Ihre Unterlagen ausgewertet und vom Arzt gesichtet wurden, werden wir Sie über das Ergebnis in schriftlicher Form informieren.

Mit freundlichen Grüßen

DRK Schmerz-Zentrum Mainz
- Patientenanmeldung -

Dieses Schreiben wurde mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage erstellt und bedarf keiner Unterschrift.



DRK Schmerz-Zentrum Mainz
Ambulanz · Tagesklinik · Stationäre Behandlung



**Deutsches
Rotes
Kreuz**

Deutscher Schmerzfragebogen

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.

Demographie, Versicherung

Datum beim Ausfüllen

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

D-1. Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Tag Monat Jahr

D-2. Geschlecht: männlich weiblich

D-3. Körpergröße (cm): _____ Körpergewicht (kg): _____

D-4. PLZ: _____ Wohnort: _____
Straße: _____

Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____

Handy: _____ e-mail.: _____

D-5. Entfernung von Ihrer Wohnung bis zu unserer 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 nein

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

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

1. Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt? (Mehrfachantworten sind möglich):ich lebe allein Ehepartner/Partner Kinder (Schwieger-)Eltern Andere

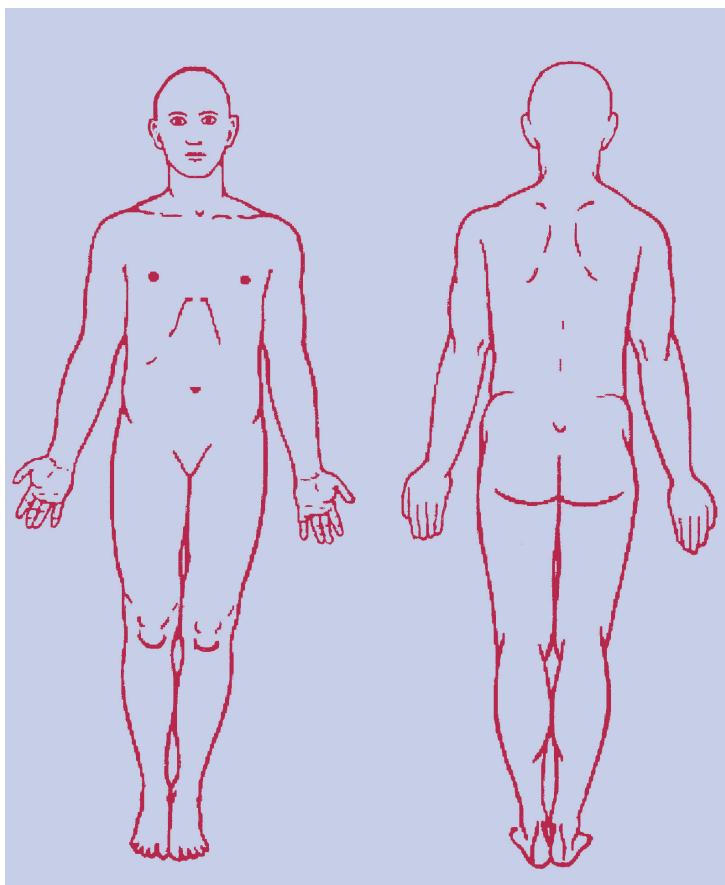
2. Welche **Schulausbildung** haben Sie? keinen Abschluss Hauptschule / Volksschule
 Realschule / Mittlere Reife Fachhochschulreife Abitur / allgemeine Hochschulreife

3. Welche Berufsausbildung haben Sie _____

4.a Sind Sie zur Zeit **gefähig**? ja nein

4.b Sind Sie für Ihre eigene Versorgung (Körperpflege, Anziehen, Essen)
auf fremde Hilfe angewiesen? ja nein

- 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 1/2 Jahr

1/2 Jahr bis 1 Jahr

1 bis 2 Jahre Q

2 bis 5 Jahre

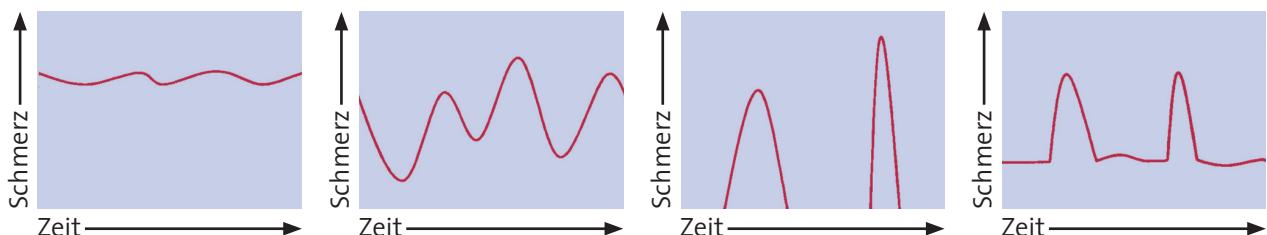
mehr als 5 Jahre

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

Tag Monat Jahr

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, da-
zwischen schmerfrei

4) Schmerzattacken, auch
dazwischen Schmerzen

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

8.b

Wie oft treten diese Attacken durchschnittlich auf?

mehrfaeh täglich einmal täglich mehrfaeh woechentlich einmal woechentlich
 mehrfaeh monatlich einmal monatlich seltener: _____

8.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 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 genau zu 3	trifft weit- gehend zu 2	trifft ein wenig zu 1	trifft nicht zu 0
... dumpf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... drückend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... pochend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... klopfend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... stechend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ziehend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	trifft genau zu 3	trifft weit- gehend zu 2	trifft ein wenig zu 1	trifft nicht zu 0
... heiß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... brennend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... elend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... schauderhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... scheußlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... furchtbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 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.

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

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

- 11.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)
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

- 11.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)
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

- 11.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)
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.

- 12.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.

- 12.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)
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

- 12.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)
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

- 12.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)
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

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? _____

13.b Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen:

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.

Trotz der Schmerzen würde ich sagen:	trifft gar nicht zu						trifft vollkommen zu
	0	1	2	3	4	5	
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	<input type="radio"/>						
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	<input type="radio"/>						
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	<input type="radio"/>						
4. Ich habe mein Leben genießen können.	<input type="radio"/>						
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	<input type="radio"/>						
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	<input type="radio"/>						
7. Ich habe mich richtig freuen können.	<input type="radio"/>						

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

DASS © Nilges, Korb, Essau 2012

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: _____**18.b** Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt? ja nein

wenn ja, welche? _____

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.

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

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. _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="radio"/> |
| 2. _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="radio"/> |
| 3. _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="radio"/> |
| 4. _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="radio"/> |
| 5. _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="radio"/> |
- Tag Monat Jahr

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	
	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					x	ca. 7mal 1 Tbl.

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

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. ① bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, ③ besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs

Welche Erkrankung: _____

 ja

① keine

 nein

② Beeinträchtigung

starke
③

Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks

z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall

Andere: _____

 ja

① keine

 nein

② Beeinträchtigung

starke
③

Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem;

Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenerentzündung

Andere: _____

 ja

① keine

 nein

② Beeinträchtigung

starke
③

Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie

Andere: _____

 ja

① keine

 nein

② Beeinträchtigung

starke
③

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

① keine

 nein

② Beeinträchtigung

starke
③

Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse

z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse

Andere: _____

 ja

① keine

 nein

② Beeinträchtigung

starke
③

Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane

z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen

Andere: _____

 ja

① keine

 nein

② Beeinträchtigung

starke
③

Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte

Andere: _____

 ja

① keine

 nein

② Beeinträchtigung

starke
③

Hauterkrankungen

z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme

Andere: _____

 ja

① keine

 nein

② Beeinträchtigung

starke
③

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

① keine

 nein

② Beeinträchtigung

starke
③

Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Magersucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose

Andere: _____

 ja

① keine

 nein

② Beeinträchtigung

starke
③

Andere Erkrankungen

Andere: _____

 ja

① keine

 nein

② Beeinträchtigung

starke
③

Risikofaktoren

Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV

Andere: _____

 ja nein

Unverträglichkeiten, Allergien

z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub

 ja nein

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 → weiter bei Frage S-2.
 nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig
- 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-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-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 _____
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 Hausfrau / Hausmann berentet
 arbeitslos / erwerbslos seit _____ / _____ (Monat/Jahr)
- 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: _____
Tag Monat Jahr
- 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 bis wann: _____
 endgültig seit wann: _____
Tag Monat Jahr

wenn ja, Berentung welcher Art?

- Vorgezogenes Altersruhegeld Teilweise Erwerbsminderung
 Berufsunfähigkeit Volle Erwerbsminderung
 Erwerbsunfähigkeit Unfallrente
 Erreichen der Altersgrenze 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 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.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	ausgezeichnet <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
--	--

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 verschieben, staubsaugen, kegeln	ja, stark eingeschränkt <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
3. mehrere Treppenabsätze steigen	ja, etwas eingeschränkt <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

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

4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	nein, nie <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen	ja, selten <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

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)?	ja, manchmal <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	ja, meistens <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen	ja, immer <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

8. Inwieweit haben Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt?	überhaupt nicht <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
---	--

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 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
9. ruhig und gelassen?	meistens <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
10. voller Energie?	ziemlich oft <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
11. entmutigt und traurig?	manchmal <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

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?	selten <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
--	---

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

Haben Sie Ihren persönlichen Arzt wegen nicht erfolgreicher Schmerzbehandlung gewechselt?

nein ○ ja ○ wenn ja, ich habe meinen persönlichen Arzt mal gewechselt

- V-2. Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** stationären Behandlungen (**Krankenhausaufenthalte**)
Bisher keine schmerzbezogene Krankenhausaufenthalte ○

Name _____

Adresse

von – bis

- V-3. Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** Aufenthalte in **Kur- oder Rehabilitationskliniken**
Bisher keine schmerzbezogenen Kur- oder Rehaaufenthalte

Name _____

Adresse

von – bis

Platz für weitere Bemerkungen:

Haben **frühere Röntgenuntersuchungen** bei Ihnen stattgefunden? nein ja

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? nein ja Monat _____

Welche	wie oft	wann	wo
Wirbelsäule			
Kopf, Becken, Hüfte, Gliedmaßen			
Innere Organe: Lunge, Nieren, Darm, Magen			
Mammographie			
Sonstiges			



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Dezember 2016

Copyright: www.dgss.org