

Name: _____ Alter: _____

1. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie zur Behandlung?

.....
.....

2. Seit wann haben Sie diese Schmerzen? Falls bekannt, Monat und Jahr des Schmerzbeginns!

.....
.....

3. Welche Therapien sind bislang durchgeführt worden? Kreuzen Sie bitte nur an, was bislang getestet wurde.

	hilfreich	kein Effekt
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenblockaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infusionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokale Einspritzungen in das Schmerzgebiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biofeedback	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrische Nervenstimulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropraktik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgen-Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Von wem wurden Sie bislang wegen Ihrer Schmerzen untersucht oder behandelt?

- | | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> keine Behandlung | <input type="checkbox"/> Neurochirurg | <input type="checkbox"/> Gynäkologe | <input type="checkbox"/> Schmerztherapeut |
| <input type="checkbox"/> Allgemeinarzt | <input type="checkbox"/> Anästhesist | <input type="checkbox"/> Augenarzt | <input type="checkbox"/> Nervenarzt |
| <input type="checkbox"/> Psychiater | <input type="checkbox"/> Internist | <input type="checkbox"/> Psychologe | <input type="checkbox"/> Urologe |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde | <input type="checkbox"/> Radiologe | <input type="checkbox"/> Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Kieferchirurg |
| <input type="checkbox"/> Chirurg | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker | <input type="checkbox"/> andere..... | |

13. Wie oft treten Ihrer Schmerzen zur Zeit auf?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sie sind dauernd vorhanden | <input type="checkbox"/> ca. 1x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> anfallsweise | <input type="checkbox"/> ca. 1x pro Monat |
| <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ab und zu |

14. Zu welchen Uhrzeiten sind Ihre Schmerzen deutlich wahrnehmbar?

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 Uhr
Morgens mittags nachmittags abends nachts

15. Bitte geben **Sie alle Medikamente** an, die sie in den letzten 3 Monaten gegen Ihre **Schmerzen eingenommen haben** und, ob Sie davon profitieren konnten. Ggf. nehmen Sie noch ein Extrablatt.

Medikament	Tbl., Tropfen, Spritze, Pflaster	Dosierung z.B. mg	Anzahl pro Tag	regelmäßig	bei Bedarf	Zeitraum von- bis	Es hat mir geholfen Ja/nein

16. **Haben Sie früher andere Medikamente gegen Ihre Schmerzen genommen?** Wenn ja, welche?

.....
.....

17. **Nehmen Sie aus anderen Gründen noch Medikamente ein?** Wenn ja, welche?

.....
.....

18. **Bestehen Allergien gegen Medikamente?** Wenn ja, gegen welche?

.....

19. **Liegen bei Ihnen folgende Erkrankungen vor?** Bitte machen Sie präzise Angaben.

- Diabetes mellitus arterielle Hypertonie Hepatitis HIV
- andere Stoffwechselstörungen.....
- Blutgerinnungsstörungen Herz-Kreislaufkrankungen.....
- Rheumatische Erkrankungen.....
- Tumorerkrankungen.....

20. **Gibt es etwas, womit Sie Ihre Schmerzen positiv beeinflussen können**, z.B. Schlafen, Ablenkung, Spaziergehen?

.....
.....

21. **Was löst Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen aus oder verschlimmert sie?**

.....
.....

22. Wie stark werden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihrem normalen Tagesablauf eingeschränkt?

- gar nicht etwas deutlich stark fast völlig

23. Werden Sie in Ihren Tätigkeiten /Bedürfnissen durch Ihre Schmerzen eingeschränkt?

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> bei sozialen Aktivitäten | <input type="checkbox"/> körperlichen Aktivitäten |
| <input type="checkbox"/> beruflich | <input type="checkbox"/> Hausarbeit | <input type="checkbox"/> geistigen Tätigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Appetit | <input type="checkbox"/> Lebenslust | <input type="checkbox"/> Sexualität |
| <input type="checkbox"/> Einschlafen | <input type="checkbox"/> Durchschlafen | |

24. **Wie beeinflussen die Schmerzen Ihre Stimmung?**

- mein Stimmung ist normal die Stimmung ist gedrückt sie machen mich hilflos
 die Schmerzen machen mich aggressiv ich bin niedergeschlagen und antriebslos

25. **Machen Sie bitte Angaben zu Ihrem Wohlbefinden**

Die Skalenwerte bedeuten: 1 = trifft gar nicht zu 6 = trifft völlig zu

Trotz der Schmerzen habe ich meine täglichen Anforderungen im Griff	1	2	3	4	5	6
Ich bin innerlich erfüllt gewesen	1	2	3	4	5	6
Ich habe mich behaglich gefühlt	1	2	3	4	5	6
Ich habe mein Leben genießen können	1	2	3	4	5	6
Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen	1	2	3	4	5	6
Ich war mit meinem körperlichen Zustand zufrieden	1	2	3	4	5	6
Ich habe mich richtig freuen können	1	2	3	4	5	6

26. **Worauf sind Ihrer Meinung nach die Schmerzen zurückzuführen?**

- weiß ich nicht Krankheit (welche?).....
 Operation (welche?).....
 Unfall seelische Belastungen andere Ursachen

27. Die nachfolgenden Aussagen beschreiben **Ihre Schmerzempfindung** genauer. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit die vorgegeben Empfindung auf Ihre Schmerzen zutrifft. Bitte lassen Sie keine Aussage aus!!!

Ich empfinde meine Schmerzen als:	Trifft genau zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ein wenig zu	Trifft gar nicht zu
quälend				
grausam				
erschöpfend				
heftig				
mörderisch				
elend				
schauderhaft				
scheußlich				
schwer				
entnervend				
maternd				
furchtbar				
unerträglich				
lähmend				
schneidend				
stampfend/klopfend				
brennend				
reißend				
pochend				
glühend				
stechend				
hämmernd				
heiß				
durchstoßend				
	4	3	2	1

28. Spüren Sie Ihre Schmerzen eher außen oder im Körperinneren?

- in der Tiefe oberflächlich (Haut/Schleimhaut)
- außerhalb des Körpers (Phantomschmerz)

35. Bitte kreuzen Sie in den folgenden Aussagen die Antwort an, **die Ihrem Befinden in den letzten Wochen am ehesten entsprochen** hat.

Dabei entspricht:

selten oder nie = nie bzw. weniger als an einem Tag

Manchmal oder gelegentlich = an 1-2 Tagen

Öfter oder häufig = an 3-4 Tagen

Meistens oder ständig = an 5-7 Tagen

	In der vergangenen Woche	Selten oder nie	manchmal	öfter	Meistens oder ständig
1.	Haben mich Dinge beunruhigt	0	1	2	3
2.	War mir nicht nach Essen zumute	0	1	2	3
3.	Konnte ich, selbst mit Hilfe meiner Freunde oder Familie, den Trübsinn nicht abschütteln	0	1	2	3
4.	Hatte ich das Gefühl, ebenso gut wie andere zu sein	3	2	1	0
5.	Ist es mir schwer gefallen, mich zu konzentrieren	0	1	2	3
6.	Fühlte ich mich niedergeschlagen	0	1	2	3
7.	Empfand ich alles als anstrengend	0	1	2	3
8.	Blickte ich voller Zuversicht in die Zukunft	3	2	1	0
9.	Empfand ich mein Leben als gescheitert	0	1	2	3
10.	War ich ängstlich	0	1	2	3
11.	Habe ich unruhig geschlafen	0	1	2	3
12.	War ich glücklich	3	2	1	0
13.	Habe ich weniger geredet als sonst	0	1	2	3
14.	Fühlte ich mich einsam	0	1	2	3
15.	Waren die Menschen unfreundlich	0	1	2	3
16.	Hatte ich Spaß am Leben	3	2	1	0
17.	Musste ich gelegentlich grundlos weinen	0	1	2	3
18.	War ich traurig	0	1	2	3
19.	Hatte ich das Gefühl, dass die Menschen mich nicht mögen	0	1	2	3
20.	Bin ich nicht in Gang gekommen	0	1	2	3

36. Leiden Sie unter sonstigen Beschwerden?

- keine Übelkeit Magenschmerzen Niedergeschlagenheit
 Appetitlosigkeit Lustlosigkeit Schlafstörungen Ängsten
 andere.....

37. Bitte zeichnen Sie nun so genau wie möglich die Schmerzen in das folgende Körperschema ein.
Versuchen Sie bitte zu kennzeichnen, wo der Hauptschmerz liegt, ob er ausstrahlt und wenn ja, wohin.

