

Deutscher Schmerz-Fragebogen

Schmerztherapie Ottobrunn
Privat und Selbstzahlerpraxis für spezielle Schmerztherapie
Dr. med. Martina Firsching
Putzbrunner Str. 36 | 85521 Ottobrunn
089-36038339 | mail@schmerztherapie-ottobrunn.de
www.schmerztherapie-ottobrunn.de



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Dezember 2024

Die Schutzrechte liegen bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

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.

Alle Angaben, die Sie in diesem Fragebogen machen, werden streng vertraulich behandelt.

Wichtige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Der Fragebogen besteht aus mehreren Teilen. Bitte lesen Sie die jeweiligen Anleitungen zur Beantwortung der Fragen genau und gehen Sie die Teile des Fragebogens der Reihe nach durch.

Beantworten Sie die Fragen, indem Sie ein Kreuz im entsprechenden Kästchen setzen:

z. B.

oder Ihre Antwort an die durch einen Unterstrich gekennzeichnete Stelle schreiben:

z. B. Rückenschmerzen

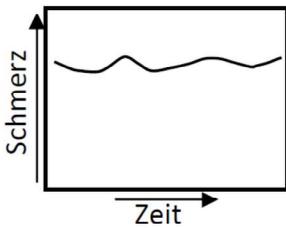
Zahlen tragen Sie bitte in die vorgegebenen Kästchen ein:

z.B. Tage

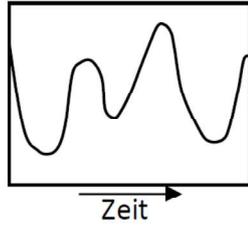
Bitte lassen Sie keinen Teil des Fragebogens aus und beantworten Sie **alle** Fragen.

Herzlichen Dank!

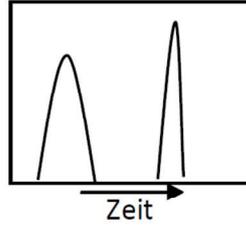
4a. Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen **in den letzten 4 Wochen** am besten zu?
Bitte nur **eine** Angabe machen!



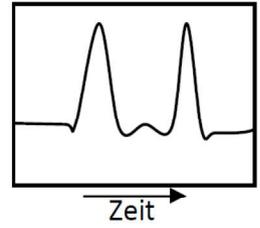
1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen



3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei



4) Dauerschmerzen, dazwischen zusätzliche Schmerzattacken

Falls Sie an **Schmerzattacken** leiden (d.h. wenn Sie Bild 3 oder Bild 4 angekreuzt haben), beantworten Sie bitte **zusätzlich** folgende Fragen:

4b. Wie oft treten die Attacken durchschnittlich auf?

- mehrfach am Tag
- einmal am Tag
- mehrfach in der Woche
- einmal in der Woche
- mehrfach im Monat
- einmal im Monat
- seltener als einmal im Monat

4c. Wie lange dauern diese Attacken durchschnittlich?

- Sekunden
- Minuten
- Stunden
- bis zu drei Tage
- länger als drei Tage ...

5. Sind Ihre Schmerzen zu **bestimmten Tageszeiten** besonders stark? Mehrfachantworten sind möglich.

- ja → wann? morgens ... mittags ... nachmittags ... abends ... nachts ...
nein ...

6. 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.

Ich empfinde meine Schmerzen als...	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0
... dumpf	<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"/>
... pochend	<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"/>
... stechend	<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"/>
... heiß	<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"/>
... elend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schauerhaft	<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"/>
... furchtbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte **auf den unten aufgeführten Skalen an**, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden.

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.

7a. Geben Sie zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

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

7b. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

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

7c. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

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

7d. Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie **bei erfolgreicher Behandlung erträglich** wäre:

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

8. 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.

8a. **An wie vielen Tagen** konnten Sie **in den letzten 3 Monaten** aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

Ich konnte meinen üblichen Aktivitäten...
 ... an allen Tagen nachgehen .
 ... an etwa Tagen **nicht** nachgehen.

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.

8b. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

0 keine Beeinträchtigung
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 völlige Beeinträchtigung

8c. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- und Freundeskreis** beeinträchtigt?

0 keine Beeinträchtigung
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 völlige Beeinträchtigung

8d. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

0 keine Beeinträchtigung
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 völlige Beeinträchtigung

13. 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

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

Bisherige Behandlungen

14. Wurden Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits untersucht oder behandelt?
 ja → bitte weiter bei Frage 15 nein → bitte weiter bei Frage 17

15a. Kreuzen Sie bitte die Facharzt- bzw. Berufsgruppe an, die Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bisher aufgesucht haben (Mehrfachantworten sind möglich).

Hausarzt:in	<input type="checkbox"/>	Neurochirurg:in	<input type="checkbox"/>	Physiotherapeut:in	<input type="checkbox"/>	Radiologe:in	<input type="checkbox"/>
Chirurg:in	<input type="checkbox"/>	Neurologe:in	<input type="checkbox"/>	Psychiater:in	<input type="checkbox"/>	Schmerztherapeut:in ...	<input type="checkbox"/>
Internist:in	<input type="checkbox"/>	Orthopäde:in	<input type="checkbox"/>	Psychotherapeut:in ...	<input type="checkbox"/>	Ergotherapeut:in	<input type="checkbox"/>
Andere _____							

15b. Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt?
 ja → wenn ja, welche? _____ nein

16. 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.

	Diese Maßnahmen erhalten?		Wurden die Schmerzen hierdurch gelindert?		
	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	ja	zeitweise	nein
Medikamente	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infusionen	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenten-Entzug	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kur-/Reha-Behandlung	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes: _____	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hatten Sie schon einmal eine Operation, die **im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen** stand?
 ja → Wie oft? mal nein → weiter bei Frage 18

Wenn ja, welche? Bitte notieren Sie diese Operationen:

Art der Operation	Jahr der Operation
1. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

18. Aktuelle Medikamenten-Einnahme. Bitte tragen Sie in die Tabelle **alle Medikamente** ein, die Sie **zurzeit** einnehmen (z.B. Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel).

	Ihre aktuellen Medikamente	Stärke	Form	Ich nehme das Medikament regelmäßig :				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf :	
				morgens	mit-tags	abends	zur Nacht	ja?	Ungefähr wie oft pro Monat?
Beispiel	<i>Ibuprofen ret.</i>	<i>800mg</i>	<i>Tablette</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>		
Beispiel	<i>Fentanyl</i>	<i>25µg/Std.</i>	<i>Pflaster</i>	<i>1 (alle 3 Tage)</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>		
Beispiel	<i>Novaminsulfon</i>	<i>500mg/ml</i>	<i>Tropfen</i>					<i>X</i>	<i>3-4x je 40 Trpf. an ca. 3 Tagen</i>

Bitte hier **Ihre Medikamente** eintragen:

19. 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 Schmerzmedikamente	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen
		nein	etwas	ja	
Beispiel	<i>Tramadol</i>		<i>X</i>		<i>Übelkeit</i>

20. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?

ja
nein

Wenn ja, gegen welche?

21. 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.

	Beeinträchtigung im Alltag					nein
	ja	keine 0	1	2	starke 3	
Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs Welche Erkrankung: _____	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie, Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall Andere: _____	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Tuberkulose, Lungenentzündung Andere: _____	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie Andere: _____	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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), Magen- oder Darmblutung Andere: _____	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse Andere: _____	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung, Nierenkoliken, Nierensteine Andere: _____	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkrankheit, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Erhöhung der Blutfettwerte Andere: _____	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen z.B. Psoriasis (Schuppenflechte), Nesselsucht, Ekzeme Andere: _____	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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, Bruch eines Wirbelkörpers Andere: _____	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Magersucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose Andere: _____	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen Welche Erkrankung: _____	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Andere: _____	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub Andere: _____	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>

Schmerz-Bewertungs-Skala

- 22.** Die folgenden dreizehn Sätze beschreiben **verschiedene Gedanken und Gefühle**, die bei Schmerzen auftreten können. Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala eine Zahl bei jeder Frage, wie stark diese Gedanken und Gefühle auf Sie zutreffen, wenn Sie Schmerzen haben.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	teils- teils	trifft eher zu	trifft immer zu
	0	1	2	3	4
1. Ich mache mir ständig Sorgen, ob die Schmerzen wohl jemals wieder aufhören werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich denke, ich kann nicht mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Der Zustand ist schrecklich und ich denke, dass es nie mehr besser wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Der Zustand ist furchtbar und droht mich zu überwältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe das Gefühl, ich halte es nicht mehr aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich bekomme Angst, dass die Schmerzen noch stärker werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich denke ständig an andere Situationen, in denen ich Schmerzen hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich wünsche mir verzweifelt, dass die Schmerzen weggehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich kann nicht aufhören, an die Schmerzen zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich denke ständig daran, wie sehr es schmerzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich denke ständig daran, wie sehr ich mir ein Ende der Schmerzen herbeiwünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Es gibt nichts, was ich tun kann, um die Schmerzen zu lindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich mache mir Sorgen, dass die Schmerzen auf etwas Schlimmes hindeuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

23. In diesem Fragebogenabschnitt 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?

	ja, 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"/>				

Allgemeine Fragen zu Ihrer Person

24. Bitte beantworten Sie zum Abschluss noch die folgenden **Fragen zu Ihrer Person**.

1. Welches Geschlecht haben Sie?

männlich

weiblich

divers

2. In welchem Jahr wurden Sie geboren?

3. Was ist Ihr Familienstand?

ledig

verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft

geschieden / getrennt lebend

verwitwet

4. Leben Sie in einer festen Partnerschaft?

ja

nein

5. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Insgesamt Personen

6. Welchen **höchsten Schulabschluss** haben Sie?

Haupt- / Volksschulabschluss

Realschulabschluss / Mittlere Reife / Polytechnische Oberschule (POS)

Fachhochschulreife

Abitur / Allgemeine Hochschulreife / Erweiterte Oberschule (EOS)

anderen Schulabschluss

keinen Schulabschluss

7. Welche **Berufsausbildung** haben Sie abgeschlossen? Mehrfachnennungen sind möglich.

Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)

Fachschule / Fachakademie

Fachhochschule / Ingenieurschule

Universität / Hochschule

andere Berufsausbildung

keine Ausbildung

Ich befinde mich derzeit noch in beruflicher Ausbildung (Azubi, Praktikant:in, Student:in)

8. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie derzeit aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt?

Ich war noch nie berufstätig

9. Was auf der folgenden Liste trifft auf Sie zu? Ich bin derzeit...

- in Vollzeit erwerbstätig
- in Teilzeit erwerbstätig
- geringfügig beschäftigt / Minijob
- in beruflicher Ausbildung / Lehre / Umschulung
- Hausfrau:Hausmann
- Schüler:in
- Student:in
- Rentner:in / pensioniert
- arbeitsuchend / arbeitslos
- sonstiges

10. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 3 Monaten krankgeschrieben?

Ich war ... an keinem Tag krankgeschrieben .
 ... an ungefähr Tagen krankgeschrieben.

11. Sind Sie zurzeit krankgeschrieben?

ja → wenn ja, seit wann?
Tag Monat Jahr

→ wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können?
 ja nein

nein

12. Haben Sie einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (Frührente aus Gesundheitsgründen) gestellt?

ja → Der Antrag ... ist bewilligt worden.
 ... ist noch nicht entschieden.
 ... ist abgelehnt.
 ... befindet sich im Widerspruchs- / Klageverfahren.

nein → Überlegen Sie derzeit, einen solchen Antrag zu stellen?
 ja nein

13. Wurde bei Ihnen ein durch das Versorgungsamt anerkannter Grad der Behinderung (GdB) festgestellt?

ja → wenn ja, wie hoch ist der Grad der Behinderung?

nein

14. Sind Sie zurzeit gehfähig? ja nein

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

Schutzrechte

Die Schutzrechte des Deutschen Schmerzfragebogens (DSF) liegen bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Der Deutsche Schmerzfragebogen enthält u.a.:

- Schmerzbeschreibungsliste (SBL): Korb 2006, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0
- Graded Chronic Pain Scale Items and Scoring (GCPS): Von Korff et al. 1992, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0
- Fragebogen zum Wohlbefinden (MFHW): Herda, Scharfenstein, Basler 1998, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0
- Depressivität, Angst und Stress bei Schmerzen (DASS): Nilges, Essau 2012, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0
- Schmerz-Bewertungs-Skala (PCS): Meyer et al. 2008
- Veterans RAND 12 Gesundheitsfragebogen (VR-12): Trustees of Boston University 2014, Dt. Version: Buchholz, Kohlmann 2015

Kontaktdaten

Bitte tragen Sie hier **das heutige Datum** ein:

<input type="text"/>							
Tag		Monat		Jahr			

1. Nachname: _____ Geburtsname: _____
 Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

<input type="text"/>							
Tag		Monat		Jahr			

2. PLZ: _____ Wohnort: _____
 Straße: _____
 Telefonnr.: _____
 e-Mail: _____

3. Entfernung von Ihrer Wohnung bis zu unserer Praxis / Klinik (in km): ca. km

4. Überweisende:r Ärzt:in:
 Name: _____ Telefonnr.: _____
 Adresse: _____

5. Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen, die Sie zurzeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage 4):
 Name: _____ Telefonnr.: _____
 Adresse: _____

6. Ihre Krankenversicherung: _____

7. Besteht eine Zusatzversicherung? ja ... nein ...
 ... wenn ja, welche? _____

8. Beihilfe-Berechtigung: ja ... nein ...
 → durch _____

9. Behandlung aufgrund eines anerkannten BG-Verfahrens (Arbeits- oder Wegeunfall) ja ... nein ...

10. Haben Sie eine Krankentagegeldversicherung? ja ... nein ...

Vorbehandlungen

1. Bitte notieren Sie soweit möglich jeweils Namen, Fachrichtung und Adresse **von Ärzt:innen, Heilpraktiker:innen und anderen Therapeut:innen**, bei denen Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits in Behandlung waren oder sind:

Name	Fachrichtung	Adresse	in Behandlung von - bis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

Name	Adresse	in Behandlung von - bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

Name	Adresse	in Behandlung von - bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. Wurden bei Ihnen aufgrund Ihrer Schmerzen **bildgebende Verfahren** durchgeführt (z.B. MRT, Röntgen, CT, Ultraschall)?

nein ja

Wenn ja, an welchen Körperteilen?

Wirbelsäule

Kopf, Becken, Hüfte, Gliedmaßen

Innere Organe: Lunge, Nieren, Darm, Magen

Brust (Mammographie)

Sonstiges

Wenn ja, wann zuletzt?

<input type="checkbox"/>							
Tag	Monat	Jahr					

<input type="checkbox"/>							
Tag	Monat	Jahr					

<input type="checkbox"/>							
Tag	Monat	Jahr					

<input type="checkbox"/>							
Tag	Monat	Jahr					

<input type="checkbox"/>							
Tag	Monat	Jahr					

Platz für weitere Bemerkungen:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!