



DEUTSCHE
SCHMERZHILFE e.V.

Fragebogen für den Schmerzpatienten

Name

Vorname

Geburtsdatum Alter Jahre

Straße/Hausnr.

PLZ-Wohnort

Telefon

Anweisung für das Ausfüllen des Fragebogens.

Bitte lesen Sie zunächst jeweils die Frage und die möglichen Antworten durch!

Entscheiden Sie dann, welches Ihr Hauptschmerz ist und welche Antwort bzw. welche Antworten für diesen Hauptschmerz zutreffen. Kreuzen Sie diese bitte an.

1. Wo haben Sie Ihren Hauptschmerz ?

- | | | |
|-------------------|------------------|-----------------------------|
| ① im Kopf | ⑩ in den Fingern | ⑲ in der Hüfte |
| ② im Gesicht | ⑪ in der Brust | ⑳ im Oberschenkel |
| ③ im Nacken | ⑫ im Oberbauch | ㉑ im Knie |
| ④ im Hals | ⑬ im Unterbauch | ㉒ im Unterschenkel |
| ⑤ in der Schulter | ⑭ in der Seite | ㉓ im Fuß |
| ⑥ im Oberarm | ⑮ im Rücken | ㉔ in den Zehen |
| ⑦ im Ellenbogen | ⑯ im Kreuz | ㉕ in allen Gelenken |
| ⑧ im Unterarm | ⑰ im Steißbein | ㉖ im After |
| ⑨ in der Hand | ⑱ in der Leiste | ㉗ in den Geschlechtsorganen |

2. Ist dieser Schmerz auf eine Seite begrenzt ?

- | | | |
|----------------------------------|--|---|
| ① nein, er ist auf beiden Seiten | ② ja, er ist auf die rechte Seite begrenzt | ③ ja, er ist auf die linke Seite begrenzt |
|----------------------------------|--|---|

3. Strahlt dieser Schmerz aus ?

- | | |
|--------|------|
| ① nein | ② ja |
|--------|------|

4. Welcher Art ist dieser Schmerz ?

- | | | |
|----------------|-------------|--------------|
| ① ziehend | ⑤ klopfend | ⑨ reißend |
| ② brennend | ⑥ drückend | ⑩ kolikartig |
| ③ beängstigend | ⑦ kribbelnd | ⑪ dumpf |
| ④ stechend | ⑧ juckend | ⑫ beengend |

5. Versuchen Sie, diesen Schmerz in Schweregrade von 1 bis 6 einzureihen

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

6. Wo fühlen Sie diesen Schmerz ?

- ① tief drinnen ② oberflächlich ③ außerhalb des Körpers

7. Wie oft haben Sie diese Schmerzen ?

- ① dauernd ③ ca. 1 x in der Woche ⑤ mehrere Male im Jahr
② ca. 1 x am Tag ④ ca. 1 x im Monat

8. Wie lange dauern diese Schmerzen an ?

- ① Sekunden ③ Stunden ⑤ Wochen
② Minuten ④ Tage ⑥ sind dauernd da

9. Seit wann haben Sie diese Schmerzen ?

- ① seit einer Woche ④ seit 1/2 bis 1 Jahr ⑦ seit 5 – 10 Jahren
② seit einem Monat ⑤ seit 1 – 2 Jahren ⑧ seit mehr als 10 Jahren
③ seit einem 1/2 Jahr ⑥ seit 2 – 5 Jahren

10. Sind diese Schmerzen im Laufe der Zeit stärker geworden ?

- ① nein
② ja, sie sind im letzten Monat schlimmer geworden
③ ja, sie sind im letzten 1/4 Jahr schlimmer geworden
④ ja, sie sind im letzten 1/2 Jahr schlimmer geworden
⑤ ja, sie sind im letzten Jahr schlimmer geworden
⑥ ja, sie sind ständig schlimmer geworden

11. Zu welcher Tageszeit sind Ihre Schmerzen am stärksten ?

- ① sind immer gleich stark ③ mittags am stärksten ⑤ nachts am stärksten
② morgens am stärksten ④ abends am stärksten ⑥ kann ich nicht sagen

12. Verschlechtern sich die Schmerzen in Abhängigkeit vom Wetter ?

- ① nein ② ja

13. Haben Eltern, Geschwister, Verwandte oder Bekannte die gleichen oder ähnliche Beschwerden ?

- ① nein ④ ja, meine Schwester ⑦ ja, mein Großvater
② ja, meine Mutter ⑤ ja, mein Bruder ⑧ ja, Bekannte
③ ja, mein Vater ⑥ ja, meine Großmutter

14. Führen Sie die Schmerzen auf ein besonderes Ereignis zurück ?

- ① nein ③ ja, auf Operation ⑤ ja, auf seelische Belastung
② ja, auf Krankheit ④ ja, auf Unfall ⑥ ja, auf andere Ereignisse
ggf. welche? _____

15. Können Sie die Schmerzen günstig beeinflussen ?

- ① nein, durch nichts ④ ja, durch Kühlen ⑦ ja, durch Ruhighalten
② ja, durch Medikamente ⑤ ja, durch Draufdrücken ⑧ ja, durch Bewegung
③ ja, durch Wärmen ⑥ ja, durch Ausruhen ⑨ ja, durch besond. Körperhaltung

16. Ist Ihr Schlaf durch die Schmerzen beeinträchtigt ?

- ① nein
- ② ja, ich kann wegen meiner Schmerzen nicht einschlafen
- ③ ja, ich kann wegen meiner Schmerzen nicht durchschlafen

17. Welche Medikamente nehmen Sie ständig wegen Ihrer Schmerzen ?

- | | |
|---------|---------|
| ① _____ | ④ _____ |
| ② _____ | ⑤ _____ |
| ③ _____ | ⑥ _____ |

18. Von welchen Ärzten wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen untersucht und/oder behandelt ?

- | | | |
|-------------------------|-------------------|----------------|
| ① Prakt. Arzt | ⑦ Internist | ⑬ Psychiater |
| ② Augenarzt | ⑧ Kieferorthopäde | ⑭ Röntgenologe |
| ③ Chirurg | ⑨ Narkosearzt | ⑮ Urologe |
| ④ Frauenarzt | ⑩ Nervenarzt | ⑯ Zahnarzt |
| ⑤ Hals-Nasen-Ohren-Arzt | ⑪ Neurochirurg | |
| ⑥ Hautarzt | ⑫ Orthopäde | |

19. Welche Diagnose bzw. Diagnosen wurden gestellt ?

- | | |
|---------|---------|
| ① _____ | ④ _____ |
| ② _____ | ⑤ _____ |
| ③ _____ | ⑥ _____ |

20. Womit wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt ?

- | | | |
|------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| ① mit Medikamenten | ⑪ mit autogenem Training | ⑳ mit Krankengymnastik |
| ② durch Operation | ⑫ durch Heilschlaf | ㉑ mit Massagen |
| ③ mit Kuren | ⑬ mit Chiropraktik | ㉒ mit Bädern |
| ④ mit Akupunktur | ⑭ mit T.E.N.S./Nervenstimulation | ㉓ mit Packungen |
| ⑤ mit Nervenblockaden | ⑮ mit Rotlichtbestrahlung | ㉔ mit heißer Rolle |
| ⑥ mit Quaddelbehandlung | ⑯ mit Röntgenbestrahlung | ㉕ mit Sauna |
| ⑦ mit Narbenumspitzung | ⑰ mit Kurzwellen | ㉖ mit Spritzen in Gelenke |
| ⑧ mit anderen Einspritzungen | ⑱ mit Mikrowellen | ㉗ _____ |
| ⑨ mit Psychotherapie | ⑲ mit Elektrisieren | ㉘ _____ |
| ⑩ mit Hypnose | ⑳ mit Vereisungen | ㉙ _____ |

(evtl. weitere Methoden)

21. Leiden Sie an chronischen Krankheiten oder haben Sie schwere Krankheiten durchgemacht ?

- | | |
|-------------------|------------|
| ① nein | ② ja |
| Art der Krankheit | seit wann? |
| ① _____ | |
| ② _____ | |
| ③ _____ | |

22. Sind Sie schon einmal operiert worden ?

- | | |
|-------------------|-------|
| ① nein | ② ja |
| Art der Operation | wann? |
| ① _____ | |
| ② _____ | |
| ③ _____ | |

23. Haben Sie in Ihrem Leben schon Unfälle gehabt ?

① nein

Art der Verletzung

② ja

wann?

① _____

② _____

③ _____

24. Sind von früheren Krankheiten oder Unfällen Schäden zurückgeblieben ?

① nein

Art des Schadens

② ja

① _____

② _____

③ _____

25. Wie lange sind Sie wegen Ihrer Schmerzen insgesamt arbeitsunfähig gewesen oder wie lange konnten Sie deshalb Ihrer Hausarbeit insgesamt nicht voll nachgehen ?

① bin bisher noch nicht arbeitsunfähig gewesen

⑤ 3 bis 6 Monate

② ca. 1 Woche

⑥ 6 bis 1 Jahr

③ 14 Tage bis 1 Monat

⑦ mehr als 1 Jahr

④ 1 Monat bis 3 Monate

⑧ Ich bekomme wegen meiner Schmerzen eine Rente

26. Ich füge diesem Schreiben eine Anlage mit wichtigen zusätzlichen Angaben bei.

① nein

② ja

(Bitte hierfür ein gesondertes Blatt benutzen! Namen nicht vergessen!)

27. Erklärung: Ich habe diesen Fragebogen selbstständig/mit fremder Hilfe beantwortet.

Ich bin einverstanden, daß meine Angaben unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht mit einer Datenverarbeitungsanlage bearbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten