



Abteilung für Schmerztherapie

Ärztliche Leitung: Doris M. Wagner, DESA

Sekretariat: Frau Wegmann, Frau Leiher
Robert-Weixler-Straße 50
87439 Kempten (Allgäu)

Telefon: 0831 530-2500

Fax: 0831 530-2501

E-Mail: schmerztherapie@klinikverbund-allgaeu.de

Unsere Zeichen: wb-II

Kempten, 07.09.2023

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einem Termin in der Schmerztagesklinik.

Um ein möglichst genaues Bild von Ihnen und Ihrer bisherigen Krankengeschichte zu erhalten, bitten wir Sie den Schmerzfragebogen sorgfältig auszufüllen. Dabei kommt es besonders auf die Vollständigkeit Ihrer Angaben an.

Zudem bitten wir Sie alle medizinischen Vorbefunde (Arztbriefe, Laboruntersuchungen, Befunde von bildgebenden Verfahren wie Röntgen, CT- oder MRT-Untersuchungen inkl. schriftlichen Befundbericht) in Kopie und nach Datum sortiert beizulegen. Bitte beachten Sie, dass keine Rückgabe der Unterlagen, außer der bildgebenden Diagnostik, erfolgt. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass wir aufgrund der umfangreichen Unterlagen, die uns täglich zugesandt werden, selbst keine Kopien im Sekretariat anfertigen können.

Eine Terminvergabe ohne Vorlage der benötigten medizinischen Befunde ist nicht möglich.

Nach Zusendung der Unterlagen melden wir uns telefonisch bei Ihnen, um schnellstmöglich einen Termin zu vereinbaren. Dafür benötigen wir die Angabe einer Telefonnummer, unter der sie während des Tages gut erreichbar sind.

Mit freundlichen Grüßen

Doris M. Wagner, DESA



**Klinikverbund
Allgäu**

Abteilung für Schmerztherapie

Klinikum Kempten

Schmerzfragebogen

Adaptierter Deutscher Schmerzfragebogen, DSG

**MVZ Immenstadt (Filiale Kempten)
Interdisziplinäre Schmerzambulanz**

Doris M. Wagner, DESA
Robert-Weixler-Str. 48 a
87439 Kempen

Telefon. 0831- 530 2511
Fax: 0831- 530 2201

**Klinikum Kempten
Abteilung Schmerztherapie**

Doris M. Wagner, DESA
Robert-Weixler-Str. 50
87439 Kempten

Telefon: 0831-530 2500
Fax: 0831-530 2501

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Mit dem nachfolgenden Fragebogen wollen wir uns möglichst ausführlich auf das Gespräch mit Ihnen vorbereiten. Dazu ist es uns wichtig, auf alle Informationen zugreifen zu können, die Sie bereits über die Ursachen, bisherigen Behandlungen und Auswirkungen Ihrer Schmerzen gewonnen haben. Uns interessiert, wie Sie Ihre Schmerzen erleben und was Sie über Ihre Schmerzen herausgefunden haben, was sie lindert und was sie verschlimmert und wie die Schmerzen Ihr bisheriges Leben verändert haben.

Nehmen Sie sich bitte Zeit für die Fragen und beantworten diese gewissenhaft. Für uns ist jeder Hinweis wichtig. Bei unklaren Fragen, sprechen Sie diese im Gespräch mit uns an.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Mit Ihrem Einverständnis werden Ihre Angaben in unserem EDV-System gespeichert. Zugang zu diesen Daten haben nur Mitarbeiter unserer Abteilung, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Einverständniserklärung

Ich bin mit der Speicherung der, im Fragebogen erhobenen Daten einverstanden.

Ort und Datum_____
Unterschrift

Jederzeit können Sie Ihre Einwilligung formlos und ohne Nachteile für Ihre Behandlung widerrufen.

Zur vollständigen Erfassung Ihrer Krankheitsgeschichte benötigen wir alle Vorbefunde ärztlicher Kollegen und therapeutischen Einrichtungen. Die Befunde dürfen wir nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis anfordern.

Wir bitten Sie daher, die nachfolgende Entbindung von der Schweigepflicht zu unterschreiben.

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin mit der Anforderung von Unterlagen, die der Vervollständigung meiner Krankheitsgeschichte dienen, durch die Schmerztagesklinik am Klinikum Kempten einverstanden. Ebenso erteile ich die Erlaubnis Kontakt mit den bisherigen Behandlern aufzunehmen.

Ort und Datum_____
Unterschrift

Bitte nicht ausfüllen:

Pateinten-Nr.: _____

Ausgabe-Datum: _____

Eingangs-Datum: _____

Assessment am: _____

A) Ihre Daten

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Geburtsland: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon privat: _____ / _____ Tel. dienstl.: _____ / _____

Handy: _____ / _____ Emailadresse: _____

Ihre Muttersprache: _____

Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

 sehr gut gut mittelmäßig schlecht nur mit Dolmetscher**B) Ihre soziale Situation**Sie leben allein, mit Partner/Ehepartner, mit Kind/ern, mit _____

Schulbildung:

 kein Schulabschluss Hauptschulabschluss Mittlere Reife Abitur/Fachabitur Studium

Berufsausbildung als: _____

Sind Sie berufstätig? Ja Nein

Wenn Ja mit ____ Wochenstunden

Derzeit ausgeübte Tätigkeit als _____

Arbeitgeber: _____

Führen Sie eine Nebentätigkeit aus? Ja Nein

Wenn Ja welche _____

Ist Ihr Arbeitsplatz gefährdet? Ja NeinWenn Ja warum?: betriebsbedingt, krankheitsbedingt, andere Gründe: _____Wie hoch ist Ihre körperliche Belastung durch Ihre berufliche Tätigkeit? gering mittel starkSind Sie derzeit wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig? Ja seit: _____ NeinKönnen Sie wieder an Ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren? Ja Nein

Wie viele Tage waren Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig? _____ Tage

Sind Sie arbeitslos? Ja NeinBei Ja beziehen Sie: Arbeitslosengeld? Ja NeinGrundsicherung? Ja Nein

C) Ihre Krankenversicherungsdaten

Krankenversicherung für ambulante Behandlung: _____

Haben Sie eine private Zusatzversicherung für stationäre Behandlung? Ja Nein

Falls ja: für Chefarztbehandlung Ja Nein

Besteht eine Beihilfeberechtigung? Ja Nein

Falls ja: zuständige Beihilfestelle: _____

BG-Verfahren (Arbeits- oder Wegeunfall) Ja Nein abgeschlossen nicht abgeschlossen

D) Ihre Angaben zu GdB und Rentenbezügen

Besteht ein Grad der Behinderung (GdB)? Ja: ____ Nein mit Merkmal _____

Haben Sie einen Antrag auf GdB gestellt, oder befinden Sie sich im Widerspruch? Ja Nein

Beziehen Sie eine Erwerbsminderungs-/Erwerbsunfähigkeitsrente? Ja Nein

Wenn Ja seit: _____ befristet bis _____ auf Dauer

Beziehen Sie eine Altersrente? Ja Nein

Wenn Ja seit: _____

Beziehen Sie eine private Unfallrente? Ja Nein

Wenn Ja seit: _____

Beziehen Sie eine BG- Unfallrente? Ja Nein

Wenn Ja seit: _____

Beziehen Sie eine Witwen-/Waisenrente? Ja Nein

Wenn Ja seit: _____

Besteht ein laufendes Renten-/Widerspruchsverfahren? Ja Nein

Wenn ja welches: _____

Ist bereits ein Rentenanspruch abgelehnt worden? Ja Nein

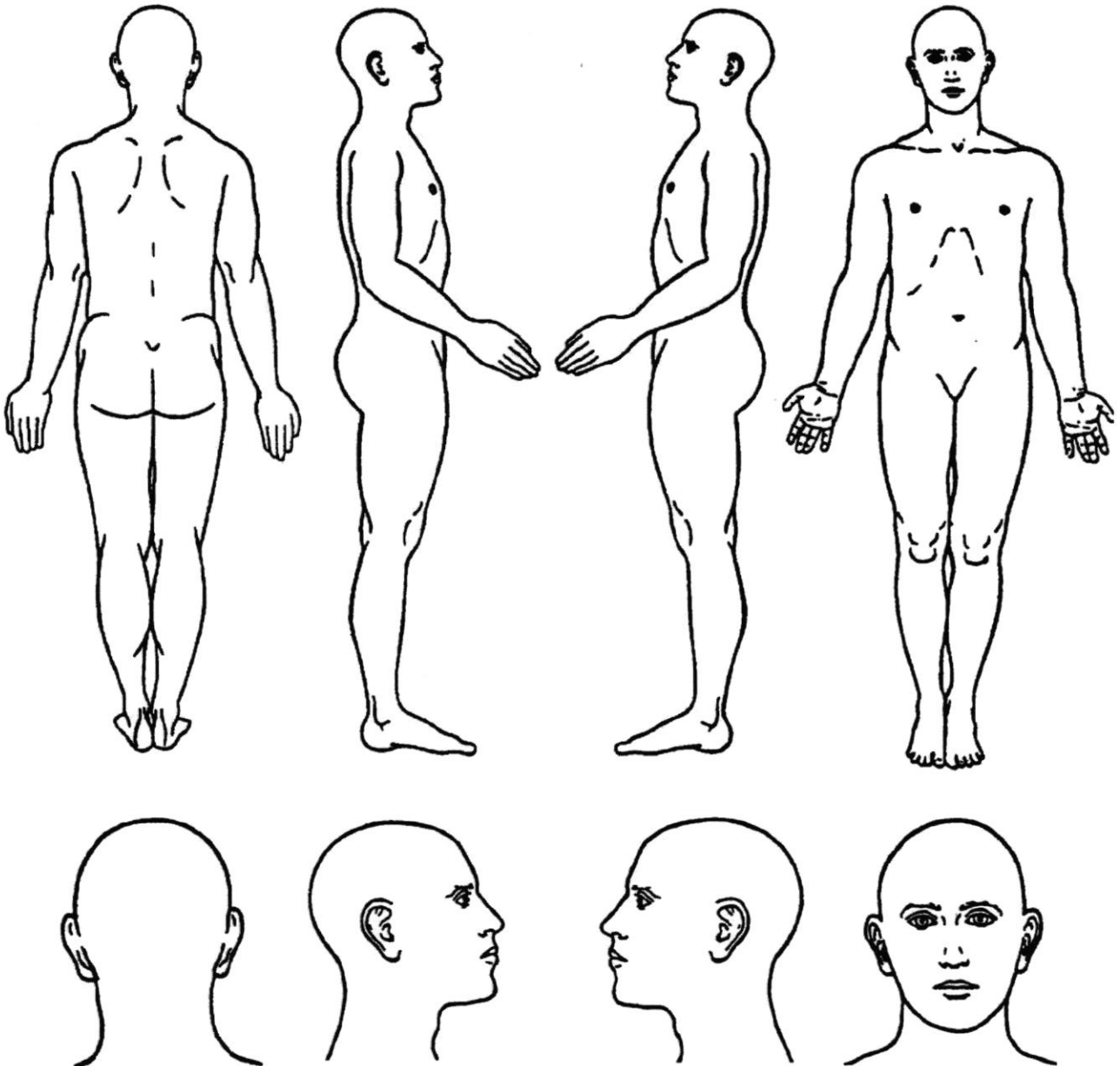
Wenn ja welches: _____

Beabsichtigen Sie einen Renten-Antrag oder einen Antrag auf Renten-Änderung zu stellen? Ja Nein

Wenn ja welches: _____

Ihre Schmerzen

Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten.



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

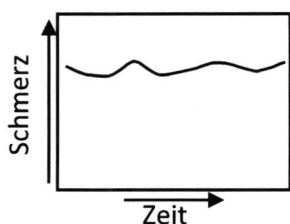
Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung?

Seit wann bestehen diese Schmerzen?

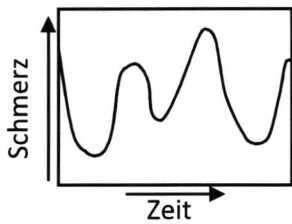
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> weniger als 1 Monat | <input type="radio"/> 1 Monat bis ½ Jahr | <input type="radio"/> ½ Jahr bis 1 Jahr |
| <input type="radio"/> 1 Jahr bis 2 Jahre | <input type="radio"/> 2 bis 5 Jahre | <input type="radio"/> Mehr als 5 Jahre |

Gibt es ein genaues Datum? Seit: ____ . ____ . ____

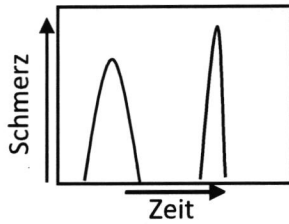
Welche der folgenden Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen **in den letzten 4 Wochen** am besten zu?
Zeitlicher Verlauf (Bitte nur eine Angabe machen!)



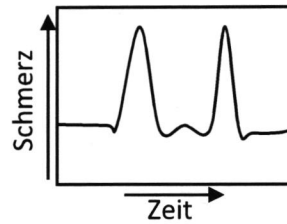
Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



Dauerschmerzen mit starken Schwankungen



Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei



Schmerzattacken, dazwischen Schmerzen

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden, beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

Wie oft treten diese Attacken durchschnittlich auf?

- mehrfach täglich
- einmal täglich
- mehrfach wöchentlich
- einmal wöchentlich
- mehrfach monatlich
- einmal monatlich
- seltener

Wie lange dauern diese Attacken durchschnittlich?

- Sekunden
- Minuten
- Stunden
- bis zu drei Tage
- Länger als drei Tage

Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark?

- Ja
- Nein

Wenn ja: morgens, vormittags, mittags, nachmittags, abends, nachts

Mit der folgenden Liste von Eigenschaftswörtern 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.

Bitte kreuzen Sie an

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 weitgehend 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"/>
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"/>

E) Ihre Schmerzbewertung

Geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie 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.

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

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
Kein Schmerz stärkster vollstellbarer Schmerz

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 vollstellbarer Schmerz

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 vollstellbarer Schmerz

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 vollstellbarer Schmerz

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die Auswirkungen Ihrer Schmerzen erfahren.

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

An wieviel Tagen in den letzten 3 Monaten? _____ an allen Tagen, etwa an jedem zweiten Tag

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

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

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

Auf welche Ursachen führen Sie Ihre Schmerzen zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- für mich ist keine Ursache erkennbar
- auf eine bestimmte Krankheit: _____
- auf eine Operation: _____
Datum der Operation: _____
- auf einen Unfall: _____
Datum des Unfalls: _____
- auf körperliche Belastung: _____
- auf seelische Belastung: _____
- auf eine andere Ursache: _____

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder anderen Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen, sind alle diesbezüglichen rechtlichen und/oder versicherungsrechtlichen Fragen abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld, Rentenverfahren)? Ja Nein

Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste an, wie sich die genannten Bedingungen auf Ihre Hauptschmerzen auswirken. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz; wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

	lindernd	kein Einfluss	verstärkend
<u>Körperliche Belastung (z.B. Treppen gehen, Lasten heben, tragen)</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Psychische Belastung (z.B. Stress, Ärger, Aufregung)</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Einseitige Körperhaltung (z.B. längeres Sitzen, Stehen, Gehen)</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Häufiger Lagewechsel, Bewegung, Herumlaufen</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Sich ausruhen, hinlegen, ruhig halten</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Was machen Sie selbst, um Ihre Schmerzen günstig zu beeinflussen?

Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B.: spazieren gehen, schlafen, sich ablenken, Medikamente einnehmen

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

Was erhoffen Sie sich von einer Behandlung bei uns?

F) Ihre bisherigen Therapien

Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben und ob Ihre Schmerzen durch diese Maßnahmen zumindest zeitweise gelindert wurden.

Durchgeführte Therapien:	wirksam?		
	ja	vorübergehend	nein
<input type="radio"/> bisher keine Schmerzbehandlung			
<input type="radio"/> Medikamente	<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"/> Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	<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"/> Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	<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"/> Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	<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"/> Akupunktur	<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"/> Psychotherapie	<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"/> Medikamenten-Entzug	<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"/> Psychosomatische Reha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Schmerztherapie ambulant/stationär	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Anderes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie häufig wurden bei Ihnen in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen Behandlungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen, etc.) durchgeführt? ca. ___ Behandlungstermine

G) Ihre Operationen

Wurden Sie schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn Ja geben Sie bitte alle Ihre Operationen an und ob diese wegen Ihrer Schmerzen durchgeführt wurden und wie lange eine Schmerzlinderung anhielt:

Art der Operation:	Datum	wg. Schmerz	Dauer der Schmerzlinderung
_____	_____	<input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/>	_____

H) Ihre Behandler

Name, Adresse und Telefonnummer Ihres Hausarztes:

Bitte listen Sie auf bei wem Sie in Behandlung gegenwärtig sind und in Vergangenheit waren:

Name	Fachrichtung	Adresse	Zeitraum
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Welche stationären bzw. teilstationären Krankenhausbehandlungen/Rehabilitationen/
Anschlussheilbehandlungen haben Sie durchgeführt?

Name	Fachrichtung	Adresse	Zeitraum
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Welche bildgebende Diagnostik wurde in den letzten fünf Jahren veranlasst?
(Röntgenaufnahmen, Kernspintomographie/MRT, Computertomographie/CT)

Name	Fachrichtung	Adresse	Zeitraum
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ihre Medikamente

Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie aktuell einnehmen.

Beispiel:

Medikament	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?
Beispiel: Ibuprofen 600	1 Tbl.	1 Tbl.	0	0		
Beispiel: Ibuprofen 200					X	ca. 7mal 1 Tbl.

Medikament (alle)	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?

Welche Schmerzmedikamente haben Sie früher eingenommen. Waren sie hilfreich? Hatten sie Nebenwirkungen?

Ihre früheren Schmerz- Medikamente	wirksam? (bitte ankreuzen)			Welche Nebenwirkungen hatten sie?
	nein	etwas	Ja	

Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? Ja Nein

Gegen: _____

Wurde bei Ihnen ein Medikamenten-Entzug durchgeführt? Ja Nein

Welches Medikament, wann und wo ? _____

Ihre Vorerkrankungen

Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen**? Im Folgenden sind Krankheiten aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie diese und schätzen Sie ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind.

		Beeinträchtigung		
		keine	mittel	stark
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Körpergewicht: Körpergröße:			
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs Welche Erkrankung: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Erkrankungen der Atemwege Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose, Lungenentzündung Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Erkrankungen von Herz oder Kreislauf Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma, Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Magen-, Darmerkrankungen Entzündung der Magenschleimhaut, der Speiseröhre, Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz, Magen- Darmblutung Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Erkrankungen der Nieren, Harnwege oder Geschlechtsorgane Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken, Nierensteinen Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Stoffwechsel-Erkrankungen Zuckerkrankheit, Über- / Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Erhöhung der Blutfettwerte Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Hauterkrankungen Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes Chronische Polyarthritis, M.Bechterew, rheumatische Muskelentzündung, Skoliose, Osteoporose, Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk, Bruch eines Wirbelkörpers Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Seelische Leiden Depression, schwere Angstzustände, Panikattacke, Magersucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Andere Erkrankungen und zwar : _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Unverträglichkeiten, Allergien Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub Andere: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I) Ihre Aktivitäten

Geben Sie im Folgenden an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen im Leben beeinträchtigt sind. Kreuzen Sie für den jeweiligen Lebensbereich die Zahl an, die Ihre erlebte Stärke der Behinderung am besten beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet keine Behinderung, ein Wert von 10 beschreibt eine völlige Beeinträchtigung

Familiäre und häusliche Verpflichtungen

(dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die Ihr häusliches Umfeld und Ihre Familie betreffen)

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

Erholung

(dieser Bereich umfasst Hobbys, Sport und Freizeitaktivitäten)

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

Soziale Aktivitäten

(dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten)

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

Beruf

(dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten rund um Ihre Berufstätigkeit)

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

Sexualleben

(dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

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

Selbstversorgung

(dieser Bereich umfasst Aktivitäten, die die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen)

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

Lebensnotwendige Tätigkeiten

(dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen)

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

J) Ihre körperliche Belastungsfähigkeit

Beantworten Sie nachstehende Fragen zur Einschätzung Ihrer körperlichen Belastungsfähigkeit im Alltag:

Treppensteigen

- keine Stufen wenige Stufen eine Etage mehrere Etagen

Gehstrecke ohne Pausen

- weniger als 2 Minuten 2 bis 10 Minuten 10 bis 60 Minuten mehr als 60 Minuten

benötigte Hilfsmittel (Mehrfachnennungen möglich)

- kein Hilfsmittel notwendig Rollstuhl Unterarmgehstützen Gehstock Rollator
 anderes, (z.B. andere Person): _____

Belastbarkeit bei Therapiedichte

- Ich kann zwischen 8.00 Uhr und 16.00Uhr mehrere Therapietermine wahrnehmen.
 Ich kann zwischen 9.00 Uhr und 15.00Uhr mehrere Therapien wahrnehmen
 Ich kann dies nicht, da: _____

Selbstversorgung im Alltag

- Selbstständige Körperpflege ist möglich Ja Nein
 Selbstständiges Anziehen ist möglich Ja Nein

Sind Sie in den letzten 3 Monaten gestürzt? Ja Nein

Haben Sie Angst zu stürzen? Ja Nein

Bei welchen Tätigkeiten haben Sie Bedenken hinzufallen?

	keine Bedenken 1	leichte Bedenken 2	ziemliche Bedenken 3	sehr große Bedenken 4
Den Hausputz machen (z.B. kehren, staubsaugen oder staubwischen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich an- oder ausziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einfache Mahlzeiten zubereiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Bad nehmen oder duschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In einem Laden einkaufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Von einem Stuhl aufstehen oder sich hinsetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine Treppe hinauf-oder hinuntergehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Nähe der Wohnung draußen umhergehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etwas erreichen, was sich oberhalb des Kopfes oder auf dem Boden befindet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Telefon erreichen, bevor es aufhört zu klingeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf einer rutschigen Oberfläche gehen (z.B. wenn es nass oder vereist ist)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einen Freund oder Verwandten besuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In einer Menschenmenge umhergehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf unebenem Boden gehen (z.B. Kopfsteinpflaster, ungepflegter Gehweg)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine Steigung hinauf- oder hinuntergehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine Veranstaltung besuchen (z.B. ein Familientreffen, eine Vereinsversammlung oder einen Gottesdienst)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

K) Ihre Lebensqualität

Bitte schätzen Sie Ihr derzeitiges allgemeines Wohlbefinden ein. Geben Sie an, wie Sie sich in den letzten 14 Tagen 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 nicht zu 0	1	2	3	4	Trifft zu 5
Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich behaglich gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mein Leben genießen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich richtig freuen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Im Folgenden geht es um die Beurteilung Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes. Ihre Antworten ermöglichen, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet, sehr gut, gut, weniger gut, schlecht

Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei Ihren alltäglichen Tätigkeiten eingeschränkt?

Bei mittelschweren Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Tennis spielen

stark eingeschränkt, etwas eingeschränkt überhaupt nicht eingeschränkt

Mehrere Treppenabsätze steigen

stark eingeschränkt, etwas eingeschränkt überhaupt nicht eingeschränkt

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen Gesundheit** Schwierigkeiten bei der Arbeit oder zu Hause?

Ich habe weniger geschafft als ich wollte. Ja Nein

Ich konnte nur bestimmte Dinge tun. Ja Nein

Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund **seelischer Probleme** Schwierigkeiten bei der Arbeit oder zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

Ich habe weniger geschafft als ich wollte. Ja Nein

Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten. Ja Nein

Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Tätigkeiten zuhause und im Beruf behindert?

überhaupt nicht, ein bisschen, mäßig, ziemlich, sehr

Wie oft waren Sie in den **vergangenen 4 Wochen...**

... ruhig und gelassen

immer, meistens, ziemlich, manchmal, selten, nie

... voller Energie

immer, meistens, ziemlich, manchmal, selten, nie

... entmutigt und traurig

immer, meistens, ziemlich, manchmal, selten, nie

Wie häufig haben Ihre **körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme** in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Bekannten, usw.) beeinträchtigt?

immer, meistens, manchmal, selten, nie

Litt oder leidet in Ihrer Familie jemand an chronischen Schmerzen? Ja Nein

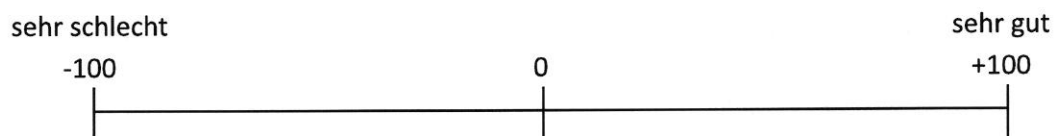
Wenn Ja wer und an welchen:

Viele Menschen haben irgendwann in Ihrem Leben ein belastendes, verletzendes oder traumatisches Erlebnis gehabt oder sind Zeuge eines solchen geworden. Trifft dies auf Sie zu? (z.B. schwerer Unfall, Naturkatastrophe, Gewalt). Ja Nein

Wenn Sie möchten, können Sie das Ereignis hier näher beschreiben:

Wie war Ihr **allgemeines Wohlbefinden**?

Ordnen Sie Ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechten Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen Sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.



War Ihre nächtliche **Schlafdauer** ...

ausreichend?, nicht ausreichend?

Hatten Sie Dauerschmerzen?

Nein, Ja

Wurden Sie durch Ihre Schmerzen in **Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt**?

Nein, Ja ein wenig, deutlich, stark, fast völlig

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung **beeinträchtigt**?

Nein, Ja ein wenig, deutlich, stark, sehr stark

Hatten Sie das Gefühl, die Schmerzen **lindernd beeinflussen** zu können?

Nein, Ja ein wenig, deutlich, stark, sehr stark

Hatten Sie **sonstige Beschwerden?** (Mehrfachnennungen möglich)

- keine
- Müdigkeit
- Übelkeit
- Magenbeschwerden
- Konzentrationsstörung
- Niedergeschlagenheit
- Appetitlosigkeit
- Schlafstörungen
- Schwitzen
- Lustlosigkeit
- Schwindel
- Verstopfung

Andere: _____

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. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

0 Trifft gar nicht zu, 1 Trifft teilweise zu, 2 Trifft oft zu, 3 Trifft die meiste Zeit zu

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

Mit der Beantwortung aller Fragen haben Sie uns geholfen ein Bild von Ihren Beschwerden zu bekommen. Bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch und vergewissern Sie sich ob Sie jede Frage beantwortet haben. Sie erleichtern uns damit unsere Arbeit.

Vielen Dank für Ihre Geduld.