



Fragebogen für Schmerzpatienten

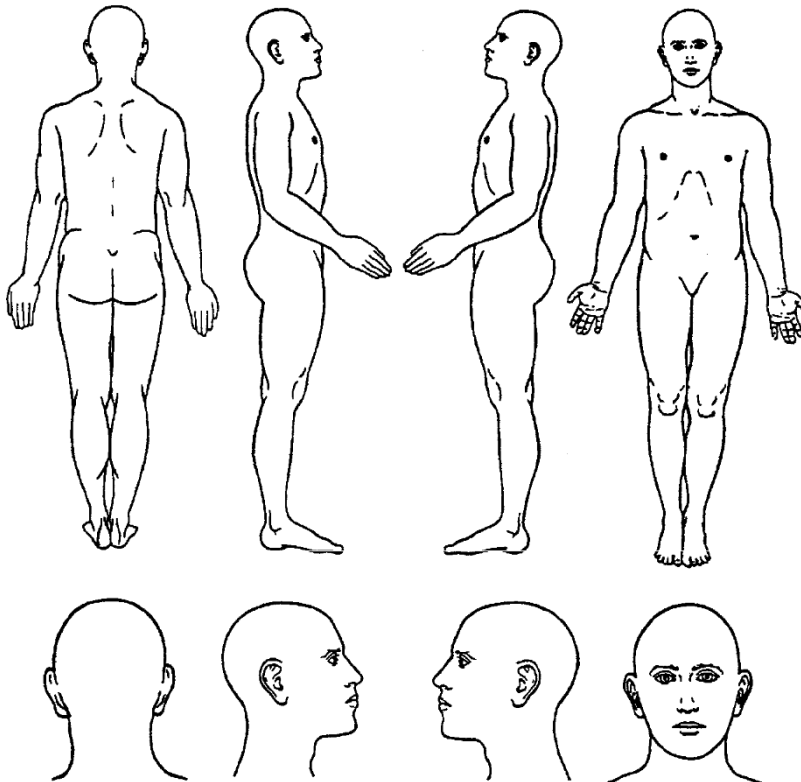
vom _____

1. Persönliches

Name, Vorname					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Anschrift					
Telefon					
Krankenkasse					
Hausarzt (Name / Ort)					
Konfession	<input type="checkbox"/> ev. / kath.	<input type="checkbox"/> Jüdisch	<input type="checkbox"/> Islam	<input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> ohne
Kinder	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Anzahl:	Alter:	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> Lebensg.	<input type="checkbox"/> verwitwet
Schulbildung	<input type="checkbox"/> ohne	<input type="checkbox"/> Abschluss	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Abitur	<input type="checkbox"/> Uni / FH
Beruf					
Ausgeübte Tätigkeit			<input type="checkbox"/> AU, seit _____	<input type="checkbox"/> arbeitslos	
Körperliche Belastung	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> Büro / PC	<input type="checkbox"/> Sportler
Rente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Zeitrente bis _____	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> beabsichtigt	
Gehbehinderung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Gehhilfe	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	
GdB (%)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> % _____	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> beabsichtigt
Pflegestufe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Pflegegrad:		
Arbeitsunfall - BG	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Datum:	BG:	



2. Schmerzbeschreibung



Bitte zeichnen Sie in dem Schema ein, wo Sie überall Schmerzen empfinden.

X = Hauptschmerz

→ = Ausstrahlung

/// = Schmerzzone

Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten ...

Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

Wochen Monate Jahre seit ...

Wo empfinden Sie den Hauptschmerz?

oberflächlich in der Tiefe kann ich nicht sagen

Wie empfinden Sie den Schmerz?

<input type="checkbox"/> stechend	<input type="checkbox"/> drückend / dumpf	<input type="checkbox"/> brennend	<input type="checkbox"/> Kribbeln / Taubheit
<input type="checkbox"/> elektrisierend	<input type="checkbox"/> ziehend	<input type="checkbox"/> pulsierend	<input type="checkbox"/> glühend
<input type="checkbox"/> durchbohrend	<input type="checkbox"/> erschöpfend	<input type="checkbox"/> quälend	<input type="checkbox"/> unerträglich
<input type="checkbox"/> grausam	<input type="checkbox"/> scheußlich	<input type="checkbox"/>	

Zeitlicher Verlauf ...

Dauerschmerz
 mit zusätzlichen Schmerzanfällen
 Schmerzattacken, sonst schmerzfrei



Wie oft haben Sie Schmerzattacken?			
___ x /Stunde	___ x/ Tag	___ x/Woche	___ x/Monat
Dauer der Schmerzattacke?			
<input type="checkbox"/> ___ Sekunden	<input type="checkbox"/> ___ Minuten	<input type="checkbox"/> ___ Stunden	<input type="checkbox"/> ___ Tage

3. Schmerzstärke

Wie stark waren Ihre Schmerzen <u>heute</u>?										
0=kein Schmerz 10=stärkster Schmerz										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie stark sind Ihre Schmerzen <u>durchschnittlich</u>?										
0=kein Schmerz 10=stärkster Schmerz										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie stark ist Ihr <u>geringster</u> und <u>stärkster</u> Schmerz?										
0=kein Schmerz 10=stärkster Schmerz										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie stark darf der Schmerz <u>bei Erfolg</u> einer Schmerztherapie noch sein?										
0=kein Schmerz 10=stärkster Schmerz										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Mein Schmerz bessert sich durch ...			
<input type="checkbox"/> Ruhe / Hinlegen	<input type="checkbox"/> Bewegung	<input type="checkbox"/> Wärme	<input type="checkbox"/> Kälte
<input type="checkbox"/> Wohlbefinden	<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> nicht beeinflussbar	<input type="checkbox"/>
Mein Schmerz verschlechtert sich durch ...			
<input type="checkbox"/> Ruhe / Hinlegen	<input type="checkbox"/> Bewegung	<input type="checkbox"/> Wärme	<input type="checkbox"/> Kälte
<input type="checkbox"/> Stress / Angst	<input type="checkbox"/> Zwangshaltungen	<input type="checkbox"/> nicht beeinflussbar	<input type="checkbox"/>

Begleiterscheinungen der Schmerzen?			
<input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> Schwellung/Rötung	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Sehstörungen
<input type="checkbox"/> Schwitzen	<input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Geräuschempfindl.
<input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> _____	



4. WHO 5 – Fragebogen zum Wohlbefinden

In den letzten 2 Wochen war ich ...

	Immer	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und Zu	Niemals
froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
Habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
Habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
War ich beim Aufwachen frisch und ausgeruht	5	4	3	2	1	0
War mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0
Punktzahl						
Punktzahl x 4 (=%)						

5. Bisherige Schmerzbehandlung

<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Orthopäde	<input type="checkbox"/> Schmerztherapeut
<input type="checkbox"/> Neurologe	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Heilpraktiker
<input type="checkbox"/> Krankenhaus	Wann zuletzt?	Wo?
<input type="checkbox"/> Operation	Wann zuletzt?	Wo?
<input type="checkbox"/> Kur / Reha	Wann zuletzt?	Wie oft?

Welche Behandlungen wurden bisher versucht?			
<input type="checkbox"/> Medikamente:	<input type="checkbox"/> Novalgin	<input type="checkbox"/> Tramadol/Tilidin	<input type="checkbox"/> Paracetamol comp.
<input type="checkbox"/> Ibuprofen/Diclofenac	<input type="checkbox"/> Gabapentin	<input type="checkbox"/> Pregabalin	<input type="checkbox"/> Amitriptylin
<input type="checkbox"/> Opiate / Morphin	<input type="checkbox"/> Neuroleptika	<input type="checkbox"/> Kortison	<input type="checkbox"/> Cannabis
<input type="checkbox"/> Antidepressiva			
<input type="checkbox"/> andere Verfahren:	<input type="checkbox"/> Chirotherapie	<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/> TENS
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Leitungsanästhesie	<input type="checkbox"/> Botulinumtoxin	<input type="checkbox"/> CGRP (Migräne)
<input type="checkbox"/> Schmerzpumpe	<input type="checkbox"/> Injektionen	<input type="checkbox"/> Tagesklinik	<input type="checkbox"/> Entzugsbehandlung
<input type="checkbox"/> SCS			

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit ☺