

Dr. med. Claudia Henneberg
Fachärztin für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin
MAS Palliative Care
Chirotherapie, Akupunktur

Dr. med. Karen N. Schwabe
Fachärztin für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin
Akupunktur

Bahnhofstr. 18
D- 69469 Weinheim
Tel: 06201/ 87 99 33
Fax: 06201/ 87 99 41
www.schmerzpraxis-drhenneberg.de
E-Mail: dr.c.henneberg@t-online.de

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen heute bei Ihrem ersten Besuch aus.

Name: **Vorname:** **geb.:**
(des Patienten)

Postleitzahl: **Wohnort:**

Straße: **Hausnummer:**

Telefon: tagsüber: **nachts:**

Handy Nr. **Email:**

Familienstand: **allein lebend:**

Kinder: **Alter der Kinder:**

erlernter Beruf: **ausgeübter Beruf:**

Arbeitgeber:

Größe: **Gewicht:** **Nikotin ca tägl.** **Alkohol ca tägl.**

Wie heißt Ihr Hausarzt? **Name:**

Ort: **Straße:**

Soll ein Arztbrief geschrieben werden? **Ja** **Nein**

An welchen Arzt?

Müssen Sie Dauermedikamente einnehmen, wenn ja welche?
Bitte Dosierung und mg Angabe.

Weinheim, den **Unterschrift:**

Name: Vorname: Alter: Geschlecht: männl. weibl.

Fragebogen für Schmerzpatienten

Sicher haben Sie schon selbst erlebt, wie schwierig es ist, Ihrem Arzt eine genaue Beschreibung Ihrer Schmerzen zu geben. Er ist jedoch darauf angewiesen, zu erfahren, wie Ihre Schmerzen beschaffen sind und wie Sie auf die Schmerzbehandlung ansprechen.

Ihre Angaben in diesem Fragebogen für Schmerzpatienten dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gesprächs und der Basisuntersuchung. In Ihrem eigenen Interesse möchten wir Sie deshalb bitten, alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten.

Bei der Bearbeitung Ihrer Angaben berücksichtigen wir selbstverständlich die ärztliche Schweigepflicht und die Datenschutzbestimmungen.

©Hanne Seemann
Dipl. psych. Uni HD

Bitte schätzen Sie Ihr derzeitiges allgemeines Wohlbefinden ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in den letzten 14 Tagen gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der unten stehenden 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:

1. Ich hatte meine alltäglichen Anforderungen im Griff	0	1	2	3	4	5
2. Ich bin innerlich erfüllt	0	1	2	3	4	5
3. Ich habe mich behaglich gefühlt	0	1	2	3	4	5
4. Ich konnte mein Leben genießen	0	1	2	3	4	5
5. Ich war mit meiner Arbeitsleistung zufrieden	0	1	2	3	4	5
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden	0	1	2	3	4	5
7. Ich konnte mich richtig freuen	0	1	2	3	4	5

© Herrda Scharfenstein u. Basler 1998

Wegen welcher Schmerzen kommen Sie in Behandlung?
.....

Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

- seit einigen Tagen seit einigen Wochen
- seit einigen Monaten seit Jahren, wie vielen

Falls bekannt, Monat und Jahr des Schmerzbeginns angeben

Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

- Medikamente Krankengymnastik
- Operation Massagen
- Nervenblockaden Bäder
- Einspritzungen Packungen
- Akupunktur Medikamententzug
- Psychotherapie Heilschlaf
- Autogenes Training Chiropraktik
- Biofeedback Röntgenbestrahlung
- Kuren Elektrische Nervenstimulation
- Elektrische Nervenstimulation Andere Bestrahlung
- Andere Methoden:

Von wem wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen untersucht und / oder behandelt?

- Praktischer Arzt Neurologe HNO-Arzt
- Schmerzspezialist/-klinik Psychiater Hautarzt
- Internist Psychologe Urologe
- Orthopäde Zahnarzt Röntgenologe
- Chirurg Kieferchirurg Heilpraktiker
- Neurochirurg Frauenarzt
- Anästhesist Augenarzt
- Andere:

Wie viele Ärzte haben Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen konsultiert?
.....

Suchen Sie bitte aus der folgenden Tabelle alle Wörter aus, die Ihren Schmerz beschreiben.

<input type="checkbox"/> reißend	<input type="checkbox"/> am ganzen Kopf	<input type="checkbox"/> am ganzen Körper
<input type="checkbox"/> glühend	<input type="checkbox"/> peinigend	<input type="checkbox"/> pochend
<input type="checkbox"/> beklemmend	<input type="checkbox"/> prickelnd	<input type="checkbox"/> elektrisierend
<input type="checkbox"/> fressend	<input type="checkbox"/> ätzend	<input type="checkbox"/> entmutigend
<input type="checkbox"/> allgemein	<input type="checkbox"/> quälend	<input type="checkbox"/> stoßend
<input type="checkbox"/> bestrafend	<input type="checkbox"/> andauernd	<input type="checkbox"/> irgendwie unklar
<input type="checkbox"/> dumpf	<input type="checkbox"/> hämmernd	<input type="checkbox"/> furchterregend
<input type="checkbox"/> anfallsartig	<input type="checkbox"/> drückend	<input type="checkbox"/> beißend
<input type="checkbox"/> lähmend	<input type="checkbox"/> überraschend	<input type="checkbox"/> brennend
<input type="checkbox"/> bohrend	<input type="checkbox"/> stromstoßartig	<input type="checkbox"/> blitzartig durchzuckend
<input type="checkbox"/> klopfend	<input type="checkbox"/> ängstigend	<input type="checkbox"/> nervtötend
<input type="checkbox"/> lästig	<input type="checkbox"/> heiß	<input type="checkbox"/> zäh
<input type="checkbox"/> ausstrahlend	<input type="checkbox"/> überfallartig	<input type="checkbox"/> nadelstichartig
<input type="checkbox"/> krampfartig	<input type="checkbox"/> hartnäckig	<input type="checkbox"/> hell
<input type="checkbox"/> zermürbend	<input type="checkbox"/> ärgerlich
<input type="checkbox"/> bedrückend	<input type="checkbox"/> stechend

Spüren Sie den Schmerz eher außen oder im Körperinneren?

- eher im Körperinneren
- eher an der Körperoberfläche
- beides
- außerhalb des Körpers
-

Wie intensiv waren Ihre stärksten Schmerzen in den letzten Tagen? Bitte versuchen Sie, sich an eine besonders belastende Schmerz-situation zu erinnern. Machen Sie ein Kreuz an der Stelle der Skala, die der Stärke Ihrer Schmerzen in dieser Situation entspricht

keine Schmerzen

stärkste vorstellbare Schmerzen

Welche der folgenden Beschwerden haben Sie außer den Schmerzen noch?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kloßgefühl, | <input type="checkbox"/> Kreuz-, Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Enge oder Würgen im Hals | <input type="checkbox"/> innere Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Schweregefühl / Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> in den Beinen |
| <input type="checkbox"/> Schwächegefühl | <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen |
| <input type="checkbox"/> Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust | <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit gegen |
| <input type="checkbox"/> Druck oder Völlegefühl im Leib | <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Kälte |
| <input type="checkbox"/> Mattigkeit | <input type="checkbox"/> übermäßiges Schlafbedürfnis |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen / saures Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl |
| <input type="checkbox"/> Reizbarkeit | <input type="checkbox"/> Zittern |
| <input type="checkbox"/> Grübeleien | <input type="checkbox"/> Nacken- od. Schulterschmerz |
| <input type="checkbox"/> starkes Schwitzen | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme |
| | <input type="checkbox"/> sonstige: |

© Beltz 1976

Bitte zeichnen Sie nun im Körperschema (Seite 5.) ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten.

Machen Sie bitte ein Kreuz, wenn der Schmerz eher eingegrenzt oder punktförmig auftritt, wenn Sie also die Körperstelle ziemlich genau bezeichnen können.

Falls Ihre Schmerzen an diesem Punkt beginnen und in einen anderen Körperteil ausstrahlen, so zeichnen Sie dies bitte mit einem Pfeil ein.

Wenn Ihre Schmerzen eher diffus sind, also nicht genau lokalisiert werden können oder über eine größere Fläche ausstrahlen, so schraffieren Sie bitte die Schmerzzone.

Falls Sie mehrere schmerzende Körperstellen bezeichnet haben, so markieren Sie bitte den Schmerz, der für Sie am stärksten ist mit einer (1) (Hauptschmerz).

Bestehen Allergien und/oder Unverträglichkeiten?
 ja nein

welche?

.....

.....

Was tun Sie, um Ihre Schmerzen günstig zu beeinflussen?

(z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung etc.)

Bitte machen Sie genaue Angaben:

.....

.....

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

.....

.....

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

überhaupt nicht

etwas

deutlich

stark

fast völlig

.....

In welchen Tätigkeiten bzw. Bedürfnissen werden Sie durch Ihre Schmerzen eingeschränkt?

berufliche/hausfrauliche Tätigkeiten

sonstige körperliche Unternehmungen

sonstige geistige Tätigkeiten

Schlaf: kann nicht einschlafen kann nicht durchschlafen

Appetit

Lebenslust/Antrieb

Sexualität

Wie beeinflussen die Schmerzen Ihre Stimmung?

meine Stimmung ist normal

meine Stimmung ist gedrückt

die Schmerzen machen mich aggressiv

ich fühle mich niedergeschlagen und antriebslos

ich fühle mich hilflos und ausgeliefert

Worauf sind die Schmerzen Ihrer Meinung nach zurückzuführen?

Krankheit (welche?)

Operation (welche?)

Unfall

seelische Belastung

andere Ereignisse (welche?)

.....

.....

Welche Gedanken im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen beunruhigen Sie?

.....

.....

Hatten Sie einen Krankenhaus- und/oder Kuraufenthalt wegen Ihrer Schmerzen?

WO:..... wann:..... Dauer:.....
 WO:..... wann:..... Dauer:.....
 WO:..... wann:..... Dauer:.....

Welche Diagnose wurde gestellt?

Wie lange waren Sie insgesamt wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig oder konnten Ihre Hausarbeit nicht voll ausführen?

Bekommen Sie wegen Ihrer Schmerzen eine Rente ja nein
 Läuft ein Rentenantrag? ja nein

Sind Sie schon einmal operiert worden?
 welche Operation(en):

Haben Sie Unfälle erlitten?

Welche Unfälle?

Welche anderen Krankheiten haben Sie?

Haben sich Ihre Schmerzen im Laufe der Zeit verändert?

sie sind gleich geblieben sie sind schwächer geworden
 sie sind stärker geworden sie sind häufiger geworden
 sie sind anders geworden sie sind seltener geworden

Wie oft treten Ihre Schmerzen zur Zeit auf?

dauernd etwa einmal in der Woche
 anfallsweise etwa einmal im Monat
 täglich ab und zu

Nehmen Sie Medikamente ein gegen Ihre Schmerzen?

immer/fast immer bei Schmerz häufig
 in regelmäßigen Zeitabständen selten
 überhaupt nicht

Welche Medikamente?

Name des Medikamentes Dosis (Tropfen, Tabletten, Zäpfchen)

a) pro Tag:

b) pro Tag:

c) pro Tag:

Welche Medikamente nehmen Sie aus anderen Gründen außerdem noch ein?

