

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Name: _____ Vorname: _____ geb. am. _____

Adresse: _____

Telefon Nr.: _____ Mobil: _____

E-Mail Adresse: _____

Familienstand: _____ allein lebend

Kinder: _____ Alter der Kinder: _____

erlernter Beruf: _____ ausgeübter Beruf: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm Zigaretten tgl. _____ Alkohol tgl. _____

Haben Sie Allergien (wenn ja, welche)?

Name und Adresse Ihres Hausarzt / Ihrer Hausärztin:

Soll ein Arztbrief geschrieben werden? ja nein

An wen?

Müssen Sie Medikamente einnehmen, wenn ja welche? Bitte Dosierung und mg Angabe.
Alternativ bringen Sie einen aktuellen Medikamentenplan mit.

Weinheim, den _____

Unterschrift: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Fragebogen für unsere 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 dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gesprächs und der Basisuntersuchung. In Ihrem eigenem 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 aktuellen Datenschutzbestimmung.

©Hanne Seemann, Dipl. psych. Uni HD

Bitte schätzen Sie Ihr derzeitiges allgemeines Wohlbefinden ein. Wie haben Sie sich in den letzten 14 Tagen meistens gefühlt. Kreuzen Sie an: 0 trifft gar nicht zu; 5 trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

Trotz der Schmerzen würde ich sagen:

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

©; Herda, Scharfenstein u. Basler 1998

Wegen welcher Schmerzen kommen Sie zu uns in Behandlung?

Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

- seit einigen Tagen
 seit einigen Wochen
 seit einigen Monaten
 seit ___ Jahren

Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

- Medikamente
 Krankengymnastik
 Operation
 manuelle Therapie
 Injektionen
 Medikamentenentzug
 Einspritzungen
 Entspannungsverfahren
 Akupunktur
 Kuren
 Psychotherapie
 TENS
 andere Methoden _____

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

- Hausarzt*in
 Neurologe*in
 HNO-Arzt*in
 Schmerzspezialist/-klinik
 Psychiater*in
 Hautarzt*in
 Internist*in
 Psychologe*in
 Urologe*in
 Orthopäde *in
 Zahnarzt*in
 Radiologe*in
 Augenarzt*in
 Heilpraktiker*in
 Onkologe*in
 Neurochirurg*in
 Frauenarzt*in
 Andere _____

Wieviel Ärzte haben Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen aufgesucht

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Bitte suchen Sie 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"/> beklemmenden | <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"/> zermürend | <input type="checkbox"/> ärgerlich | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> bedrückend | <input type="checkbox"/> stechend | <input type="checkbox"/> |

Spüren Sie den Schmerz eher außen oder in der Körpermitte?

- 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 Schmerzsituation zu erinnern. Machen Sie bitte ein Kreuz an der Stelle der Skala, die der Stärke Ihrer Schmerzen in dieser Situation entspricht.

Keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerzen



Welcher 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 in den Beinen |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen |
| <input type="checkbox"/> Schwächegefühl | <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit gegen |
| <input type="checkbox"/> Stiche Schmerzen oder Ziehen in der Brust | <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Kälte |
| <input type="checkbox"/> Druck oder Völlegefühl im Leib | <input type="checkbox"/> übermäßiges Schlafbedürfnis |
| <input type="checkbox"/> Mattigkeit | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen/ saures Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Zittern |
| <input type="checkbox"/> Reizbarkeit | <input type="checkbox"/> Nacken- oder Schulterschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Grübelei | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme |
| <input type="checkbox"/> starkes Schwitzen | <input type="checkbox"/> sonstiges..... |

© Beltz, 1976

Bitte zeichnen Sie nun im Körperschema auf der nächsten Seite (3.) 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) als Hauptschmerz.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Was tun Sie, um den Schmerz 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?

- | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> deutlich |
| <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> fast völlig | <input type="checkbox"/> |

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beruf/ Haushalt | <input type="checkbox"/> Appetit |
| <input type="checkbox"/> körperliche Unternehmung | <input type="checkbox"/> Lebenslust / Antrieb |
| <input type="checkbox"/> geistige Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> Sexualität |
| <input type="checkbox"/> Einschlafschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Durchschlafschwierigkeiten |

Worauf sind die Schmerzen Ihrer Meinung nach zurückzuführen?

- Krankheit (welche?) _____
- Operationen (welche?) _____
- Unfall _____
- seelische Belastung _____
- andere Ereignisse (welche?) _____

Welche Gedanken im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen beunruhigen Sie?

Hatten Sie einen Krankenhaus- und oder Kuraufenthalt wegen Ihren Schmerzen?

Wo: _____	wann: _____	Dauer: _____
Wo: _____	wann: _____	Dauer: _____
Wo: _____	wann: _____	Dauer: _____
Wo: _____	wann: _____	Dauer: _____

Welche Diagnose wurde gestellt?

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Fragen zu Ihrem Befinden

Bearbeitungshinwe: bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahlen 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**

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

DASS ©Nilges,Korb, Essau 2012

Diese Zeilen bitte nicht ausfüllen D: _____ A: _____ S: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

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 Operationen:

Haben Sie Unfälle erlitten?

Welche anderen Krankheiten haben Sie?

Haben sich Ihre Schmerzen im Laufe der Zeit verändert?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sind gleich geblieben | <input type="checkbox"/> sind schwächer geworden |
| <input type="checkbox"/> sind stärker geworden | <input type="checkbox"/> sind häufiger geworden |
| <input type="checkbox"/> sind anders geworden | <input type="checkbox"/> sind seltener geworden |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Wie oft treten die Schmerzen zur Zeit auf?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> dauernd | <input type="checkbox"/> etwa einmal die Woche |
| <input type="checkbox"/> anfallsweise | <input type="checkbox"/> etwa einmal im Monat |
| <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ab und zu |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Nehmen Sie Medikamente gegen Ihre **Schmerzen** ein?
 Wenn ja: Welche? Dosierung? Medikamentenplan?

Check Liste für Ihren ersten Termin:

- Versicherungskarte
- Überweisung (wenn vorhanden)
- Schmerzfragebogen (diesen)
- Vorbefunde der letzten 3 Jahre (Arztbriefe)
- MRT- oder Röntgenbefunde KEINE CD'S
- Krankenhausberichte
- aktuelle Laborwerte
- aktuellen Medikamentenplan

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit wir freuen uns auf Sie!