



Fragebogen für den Schmerzpatienten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Telefon:

E-Mail:

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 an. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

1. Wo haben Sie Ihren Hauptschmerz?

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

2. Ist dieser Schmerz auf eine Seite begrenzt?

- | | | |
|--|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Nein, er ist auf beiden Seiten | 2. <input type="checkbox"/> Ja, er ist auf die rechte Seite begrenzt | 3. <input type="checkbox"/> Ja, er ist auf die linke Seite begrenzt |
|--|--|---|

3. Strahlt dieser Schmerz aus?

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> nein | 2. <input type="checkbox"/> ja |
|----------------------------------|--------------------------------|

4. Wo fühlen Sie diesen Schmerz?

- | | | |
|--|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> tief drinnen | 2. <input type="checkbox"/> oberflächlich | 3. <input type="checkbox"/> außerhalb des Körpers |
|--|---|---|

5. Wie oft haben Sie diese Schmerzen?

- | | | |
|--|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> dauernd | 3. <input type="checkbox"/> ca. 1 x in der Woche | 5. <input type="checkbox"/> mehrere Male im Jahr |
| 2. <input type="checkbox"/> ca. 1 x am Tag | 4. <input type="checkbox"/> ca. 1 x im Monat | |

6. Wie lange dauern diese Schmerzen an?

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Sekunden | 3. <input type="checkbox"/> Stunden | 5. <input type="checkbox"/> Wochen |
| 2. <input type="checkbox"/> Minuten | 4. <input type="checkbox"/> Tage | 6. <input type="checkbox"/> sind dauernd da |

7. Welcher Art ist dieser Schmerz?

Versuchen Sie diesen Schmerz in Schweregrade von 0 bis 6 einzureihen (bitte alle ankreuzen)
Schmerzskala Erklärung: 0 = trifft gar nicht zu, 6 = trifft zu

Schmerzarten	0	1	2	3	4	5	6
1. Stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dumpf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bedrohlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Schneidend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bohrend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Unerträglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Stumpf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Beängstigend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ziehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Klopfend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Unangenehm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Krampfartig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Gefährlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Reißend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hämmernd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Quälend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ausstrahlend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Beklemmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Durchzuckend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Pochend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schmerzarten	0	1	2	3	4	5	6
21. Erschöpfend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Beunruhigend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Heiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Pulsierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Mörderisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Durchdringend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Bedrückend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Brennend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Drückend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Zermürend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Lähmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Unheilvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Scharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ermüdend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Schrecklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Zuckend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Unbarmherzig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Stechend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Scheußlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

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

9. 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

10. Zu welcher Tageszeit sind Ihre Schmerzen am stärksten?

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

11. Verschlechtern sich die Schmerzen in Abhängigkeit vom Wetter?

- 1. ja
- 2. nein

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

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

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

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

ggf. welches? _____

14. Können Sie die Schmerzen günstig beeinflussen?

- | | | |
|---|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> nein, durch nichts | 4. <input type="checkbox"/> ja, durch kühlen | 7. <input type="checkbox"/> ja, durch ruhighalten |
| 2. <input type="checkbox"/> ja, durch Medikamente | 5. <input type="checkbox"/> ja, durch draufdrücken | 8. <input type="checkbox"/> ja, durch Bewegung |
| 3. <input type="checkbox"/> ja, durch wärmen | 6. <input type="checkbox"/> ja, durch ausruhen | 9. <input type="checkbox"/> ja, durch besond. Körperhaltung |

15. Ist Ihr Schlaf durch die Schmerzen beeinträchtigt?

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

16. Welche Medikamente nehmen Sie ständig wegen Ihrer Schmerzen?

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> _____ | 4. <input type="checkbox"/> _____ |
| 2. <input type="checkbox"/> _____ | 5. <input type="checkbox"/> _____ |
| 3. <input type="checkbox"/> _____ | 6. <input type="checkbox"/> _____ |

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

- | | | |
|---|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Prakt. Arzt | 7. <input type="checkbox"/> Internist | 13. <input type="checkbox"/> Psychiater |
| 2. <input type="checkbox"/> Augenarzt | 8. <input type="checkbox"/> Kieferorthopäde | 14. <input type="checkbox"/> Röntgenologe |
| 3. <input type="checkbox"/> Chirurg | 9. <input type="checkbox"/> Narkosearzt | 15. <input type="checkbox"/> Urologe |
| 4. <input type="checkbox"/> Frauenarzt | 10. <input type="checkbox"/> Nervenarzt | 16. <input type="checkbox"/> Zahnarzt |
| 5. <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren Arzt | 11. <input type="checkbox"/> Neurochirurg | 17. <input type="checkbox"/> Schmerztherapeut |
| 6. <input type="checkbox"/> Hautarzt | 12. <input type="checkbox"/> Orthopäde | 18. <input type="checkbox"/> Psychotherapeut |

18. Welche Diagnose bzw. Diagnosen wurden gestellt?

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> _____ | 4. <input type="checkbox"/> _____ |
| 2. <input type="checkbox"/> _____ | 5. <input type="checkbox"/> _____ |
| 3. <input type="checkbox"/> _____ | 6. <input type="checkbox"/> _____ |

19. Womit wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

- | | | |
|--|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> mit Medikamenten | 11. <input type="checkbox"/> mit autogenem Training | 21. <input type="checkbox"/> mit Krankengymnastik |
| 2. <input type="checkbox"/> durch Operationen | 12. <input type="checkbox"/> durch Heilschlaf | 22. <input type="checkbox"/> mit Massagen |
| 3. <input type="checkbox"/> mit Kuren | 13. <input type="checkbox"/> mit Chiropraktik | 23. <input type="checkbox"/> mit Bädern |
| 4. <input type="checkbox"/> mit Akupunktur | 14. <input type="checkbox"/> mit T.E.N.S./Nervenstimulation | 24. <input type="checkbox"/> mit Packungen |
| 5. <input type="checkbox"/> mit Nervenblockaden | 15. <input type="checkbox"/> mit Rotlichtbestrahlung | 25. <input type="checkbox"/> mit heißer Rolle |
| 6. <input type="checkbox"/> mit Quaddelbehandlungen | 16. <input type="checkbox"/> mit Röntgenbestrahlung | 26. <input type="checkbox"/> mit Sauna |
| 7. <input type="checkbox"/> mit Narbenumspritzung | 17. <input type="checkbox"/> mit Kurzwellen | 27. <input type="checkbox"/> mit Spritzen in Gelenke |
| 8. <input type="checkbox"/> mit anderen Einspritzungen | 18. <input type="checkbox"/> mit Microwellen | 28. _____ |
| 9. <input type="checkbox"/> mit Psychotherapie | 19. <input type="checkbox"/> mit Elektrisieren | 29. _____ |
| 10. <input type="checkbox"/> mit Hypnose | 20. <input type="checkbox"/> mit Vereisungen | 30. _____ |

Evtl. andere Methoden

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

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> ja | 2. <input type="checkbox"/> nein |
|--------------------------------|----------------------------------|
- seit wann?

Art der Krankheit bzw. Krankheiten

- _____
- _____
- _____

21. Sind Sie schon einmal operiert worden?

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> ja | 2. <input type="checkbox"/> nein |
|--------------------------------|----------------------------------|
- wann?

Art der Operation bzw. Operationen

- _____
- _____
- _____

22. Haben Sie in Ihrem Leben schon Unfälle gehabt?

1. ja
wann? 2. nein

Art der Verletzung

1. _____
2. _____
3. _____

23. Sind von früheren Krankheiten oder Unfällen Schäden zurückgeblieben?

1. ja 2. nein

Art des Schadens

1. _____
2. _____
3. _____

24. 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
2. ca. 1 Woche
3. 14 Tage bis 1 Monat
4. 1 bis 3 Monate
5. 3 bis 6 Monate
6. 6 Monate bis 1 Jahr
7. mehr als 1 Jahr
8. Ich bekomme wegen meiner Schmerzen eine Rente

**Sie können dem Fragebogen Ihnen vorliegenden Befundberichte zur Einsicht beifügen.
Diese erhalten Sie mit der Auswertung zurück.**

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

1. ja 2. nein

26. 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.

Sämtliche medizinische Angaben und sämtliche Angaben zur Person unterliegen den allgemein gültigen Datenschutzbestimmungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Sollten Sie sich nicht zu einer Mitgliedschaft entschließen oder bereits Mitglied sein, bitten wir Sie dem Fragebogen eine Bearbeitungsgebühr von 15 Euro beizufügen, um unsere Selbstkosten zu decken.

Deutsche Schmerzhilfe e.V.

Alle Rechte vorbehalten! Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung der Deutschen Schmerzhilfe e.V.

Sietwende 20 - 21720 Grünendeich

Tel. : 04142 – 810 434 - Fax: 04142 – 810 435