



DEUTSCHE
SCHMERZHILFE e.V.

Fragebogen für den Schmerzpatienten

Name

Vorname

Geburtsdatum Alter Jahre

Straße/Hausnr.

PLZ-Wohnort

Telefon

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 bitte an.

1. Wo haben Sie Ihren Hauptschmerz ?

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

2. Ist dieser Schmerz auf eine Seite begrenzt ?

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ① nein, er ist auf beiden Seiten | ② ja, er ist auf die rechte Seite begrenzt | ③ ja, er ist auf die linke Seite begrenzt |
|----------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|

3. Strahlt dieser Schmerz aus ?

- | | |
|--------|------|
| ① nein | ② ja |
|--------|------|

4. Welcher Art ist dieser Schmerz ?

- | | | |
|----------------|-------------|--------------|
| ① ziehend | ⑤ klopfend | ⑨ reißend |
| ② brennend | ⑥ drückend | ⑩ kolikartig |
| ③ beängstigend | ⑦ kribbelnd | ⑪ dumpf |
| ④ stechend | ⑧ juckend | ⑫ beengend |

5. Versuchen Sie, diesen Schmerz in Schweregrade von 1 bis 6 einzureihen

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

6. Wo fühlen Sie diesen Schmerz ?

- ① tief drinnen ② oberflächlich ③ außerhalb des Körpers

7. Wie oft haben Sie diese Schmerzen ?

- | | | |
|------------------|------------------------|------------------------|
| ① dauernd | ③ ca. 1 x in der Woche | ⑤ mehrere Male im Jahr |
| ② ca. 1 x am Tag | ④ ca. 1 x im Monat | |

8. Wie lange dauern diese Schmerzen an ?

- | | | |
|------------|-----------|-------------------|
| ① Sekunden | ③ Stunden | ⑤ Wochen |
| ② Minuten | ④ Tage | ⑥ sind dauernd da |

9. Seit wann haben Sie diese Schmerzen ?

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

10. 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

11. Zu welcher Tageszeit sind Ihre Schmerzen am stärksten ?

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

12. Verschlechtern sich die Schmerzen in Abhängigkeit vom Wetter ?

- ① nein ② ja

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

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

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

- | | | |
|---------------------|---------------------|-------------------------------|
| ① nein | ③ ja, auf Operation | ⑤ ja, auf seelische Belastung |
| ② ja, auf Krankheit | ④ ja, auf Unfall | ⑥ ja, auf andere Ereignisse |
- ggf. welche? _____

15. Können Sie die Schmerzen günstig beeinflussen ?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| ① nein, durch nichts | ④ ja, durch Kühlen | ⑦ ja, durch Ruhighalten |
| ② ja, durch Medikamente | ⑤ ja, durch Draufdrücken | ⑧ ja, durch Bewegung |
| ③ ja, durch Wärmen | ⑥ ja, durch Ausruhen | ⑨ ja, durch besond. Körperhaltung |

23. Haben Sie in Ihrem Leben schon Unfälle gehabt ?

① nein

Art der Verletzung

② ja

wann?

① _____

② _____

③ _____

24. Sind von früheren Krankheiten oder Unfällen Schäden zurückgeblieben ?

① nein

Art des Schadens

② ja

① _____

② _____

③ _____

25. 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

⑤ 3 bis 6 Monate

② ca. 1 Woche

⑥ 6 bis 1 Jahr

③ 14 Tage bis 1 Monat

⑦ mehr als 1 Jahr

④ 1 Monat bis 3 Monate

⑧ Ich bekomme wegen meiner Schmerzen eine Rente

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

① nein

② ja

(Bitte hierfür ein gesondertes Blatt benutzen! Namen nicht vergessen!)

27. 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten