

# Verlaufs-Fragebogen für Schmerzpatienten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Bearbeitungsnummer: \_\_\_\_\_

Datum: 

Tag	Monat	Jahr

**Bitte bearbeiten Sie zunächst die beiden Aussagen in dem schattierten Feld**

Ich habe keine Schmerzen mehr.....ja.....                       nein.....

**Falls diese Aussage zutrifft, gehen Sie bitte weiter zur Frage 16 auf Seite 5 ⇒**

Ich habe meine Schmerzen auch weiterhin.....ja.....                       nein.....

**Falls diese Aussage zutrifft, beantworten Sie bitte alle folgenden Fragen.**

1. **Bitte geben Sie an, in welchem Gebiet Sie Ihre Hauptschmerzen empfinden (legen Sie sich dabei auf einen Hauptschmerz fest).**

Hauptschmerzgebiet	Links	Rechts	Mitte
Mund / Gesicht / Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hals / Nackenbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulter / Arm / Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brustkorb / obere Rückenhälfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bauchbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untere Rückenhälfte / Gesäß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hüfte / Bein / Fuß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beckenbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschlechtsorgane / After	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mehrere Gelenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesamter Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Wie **häufig** treten Ihre Schmerzen **jetzt** gewöhnlich auf ? (Bitte nur **eine** Angabe machen)

- wenige Male pro Jahr .....
- wenige Male pro Monat .....
- mehrmals pro Woche .....
- einmal täglich .....
- mehrmals täglich .....
- meine Schmerzen sind dauernd vorhanden .....

3. Welche Aussage trifft auf Ihre Schmerzen **jetzt** zu?

- Die Schmerzen treten nur **anfallsweise** auf, dazwischen bin ich schmerzfrei.....
- Die Schmerzen sind **dauernd** vorhanden.....
- Die Schmerzen sind **andauernd** vorhanden, aber **zusätzlich** treten Schmerzanfälle auf.....



8 Bitte geben Sie im folgenden an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in den verschiedenen Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt sind. Das heißt: Wie sehr hindern die Schmerzen Sie daran, ein normales Leben zu führen? Kreuzen Sie bitte für jeden der sieben Lebensbereiche die Zahl an, die die für Sie **typische Stärke** der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt.

Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, und ein Wert von 10 gibt an, daß Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.

1. **Familiäre und häusliche Verpflichtungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfaßt Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeiten).

[ 0 ]	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]	[ 6 ]	[ 7 ]	[ 8 ]	[ 9 ]	[ 10 ]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

2. **Erholung** (dieser Bereich umfaßt Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten)

[ 0 ]	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]	[ 6 ]	[ 7 ]	[ 8 ]	[ 9 ]	[ 10 ]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

3. **Soziale Aktivitäten** (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Feste, Theater - und Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)

[ 0 ]	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]	[ 6 ]	[ 7 ]	[ 8 ]	[ 9 ]	[ 10 ]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

4. **Beruf** (dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben; gemeint ist auch Hausfrauen(männer)tätigkeit)

[ 0 ]	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]	[ 6 ]	[ 7 ]	[ 8 ]	[ 9 ]	[ 10 ]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

5. **Sexualleben** (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

[ 0 ]	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]	[ 6 ]	[ 7 ]	[ 8 ]	[ 9 ]	[ 10 ]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

6. **Selbstversorgung** (dieser Bereich umfaßt Aktivitäten, die Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z.B. sich waschen und anziehen, Autofahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein)

[ 0 ]	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]	[ 6 ]	[ 7 ]	[ 8 ]	[ 9 ]	[ 10 ]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

7. **Lebensnotwendige Tätigkeiten** (dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen und Schlafen)

[ 0 ]	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]	[ 6 ]	[ 7 ]	[ 8 ]	[ 9 ]	[ 10 ]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

**Bitte prüfen Sie nochmals, ob Sie alle 7 Feststellungen beantwortet haben.**

9. Wieviele Ärzte haben Sie **wegen Ihrer Schmerzen in den letzten 4 Wochen** aufgesucht?  
keine  .....  Anzahl
10. Wieviele Termine hatten Sie bei Ihrem Arzt **in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Schmerzen**?  
keine  ..... ca.  Anzahl
11. Wie häufig wurden bei Ihnen **in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Schmerzen** Behandlungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen, Akupunktur, Lokalanästhesie etc.) durchgeführt?  
keine  ..... ca.  Anzahl
12. Wurden Sie **seit der Behandlung bei uns wegen Ihrer Schmerzen im Krankenhaus** behandelt?  
nein  ..... ja  ..... wenn ja, wie oft.....  Anzahl
13. Haben Sie nach der Behandlung bei uns **wegen Ihrer Schmerzen eine Kur** (Rehabilitationsmaßnahme) durchgeführt?  
nein  ..... ja  ..... wenn ja, wie oft.....  Anzahl
14. Wurden Sie nach der Behandlung bei uns wegen Ihrer **Schmerzen operiert** ?  
nein  ..... ja  ..... wenn ja, wie oft.....  Anzahl
15. Geben Sie möglichst **alle Medikamente** an, die Sie **in den letzten 4 Wochen** eingenommen haben.  
Ich habe in den letzten 4 Wochen Medikamente eingenommen ..... nein  ..... ja

Wenn ja, welche?

Medikament	Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen)	Dosierung	Zeitraum
<b>Beispiel:</b> Paracetamol	Tabl. 500 mg	3 x 1 pro Tag	Nov.-Dez. 1998

16. Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

**Bitte lesen Sie erst alle Angaben dieser Fragen durch und kreuzen Sie erst dann Ihre zutreffenden Aussagen an.**

Ich bin in einer Ausbildung (Schüler, Student, Umschüler) .....ja  ..... nein

Ich bin berufstätig .....ja  ..... nein

Wenn ja:

Ich bin Vollzeit beschäftigt.....ja  ..... nein

Ich bin Vollzeit beschäftigt, aber unter erleichterten Bedingungen .....ja  ..... nein   
(wegen der Schmerzen)

Ich bin Teilzeit beschäftigt (aufgrund der Schmerzen) .....ja  ..... nein

Ich bin Teilzeit beschäftigt (andere Gründe) .....ja  ..... nein

Wegen der Schmerzen war ich in den letzten 4 Wochen arbeitsunfähig.....ja  ..... nein

Wenn ja, an wieviel Tagen..... ca.  Tage

Ich bin Hausfrau / Hausmann .....ja  ..... nein

Ich konnte in den letzten 4 Wochen meine Hausarbeit selbst verrichten.....ja  ..... nein

Wenn nein, an wieviel Tagen nicht?.....ca.  Tage

Ich bin arbeitslos .....ja  ..... nein

Ich bin berentet .....ja  ..... nein

Wenn ja,

Ich bin berentet auf Zeit .....ja  ..... nein

Ich bin endgültig berentet .....ja  ..... nein

Ich beziehe eine Erwerbsunfähigkeits-Rente .....ja  ..... nein

Ich erhalte eine Berufsunfähigkeits-Rente .....ja  ..... nein

Ich beziehe eine Altersrente .....ja  ..... nein

17. Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der **letzten Woche** am besten entspricht / entsprochen hat.

Antworten:	selten	= weniger als 1 Tag oder überhaupt nicht
	manchmal	= 1 bis 2 Tage lang
	öfters	= 3 bis 4 Tage lang
	meistens	= die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

**Während der letzten Woche ...**

selten    manchmal    öfters    meistens

- |   |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. ... haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen. ....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ... hatte ich kaum Appetit.....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ... konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten aufzumuntern..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ... kam ich mir genauso gut vor wie andere. ....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ... hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren. ....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ... war ich deprimiert / niedergeschlagen.....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ... war alles anstrengend für mich. ....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. ... dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft.....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. ... dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag. ....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. ... hatte ich Angst. ....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. ... habe ich schlecht geschlafen.....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. ... war ich fröhlich gestimmt.....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. ... habe ich weniger geredet als sonst.....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. ... fühlte ich mich einsam.....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. ... waren die Leute unfreundlich zu mir. ....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. ... habe ich das Leben genossen. ....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. ... mußte ich weinen. ....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. ... war ich traurig.....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. ... hatte ich das Gefühl, daß die Leute mich nicht leiden können. ....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. ... konnte ich mich zu nichts aufraffen. . ....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Bitte prüfen Sie, ob Sie alle 20 Feststellungen beantwortet haben**

ADS© 1993 Hogrefe

## 18. Patientenfragebogen zum Gesundheitszustand\*

\* SF-36 Health Survey, ©1992 Medical Outcomes Trust

In diesem Teil des Fragebogens geht es um die Beurteilung Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes.

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

### Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

ausgezeichnet	_____	1
sehr gut	_____	2
gut	_____	3
weniger gut	_____	4
schlecht	_____	5

### Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

derzeit viel besser als vor einem Jahr	_____	1
derzeit etwas besser als vor einem Jahr	_____	2
etwa so wie vor einem Jahr	_____	3
derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr	_____	4
derzeit viel schlechter als vor einem Jahr	_____	5

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

Wenn ja, wie stark?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	TÄTIGKEITEN	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a)	anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	1	2	3
b)	mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
c)	Einkaufstaschen heben oder tragen	1	2	3
d)	mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3
e)	einen Treppenabsatz steigen	1	2	3
f)	sich beugen, knien, bücken	1	2	3
g)	mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	1	2	3
h)	mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3
i)	eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	1	2	3
j)	sich baden oder anziehen	1	2	3

Hatten Sie in den **vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	<b>SCHWIERIGKEITEN</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
a)	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
b)	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
c)	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2
d)	Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich mußte mich besonders anstrengen)	1	2

Hatten Sie in den **vergangenen vier Wochen aufgrund seelischer Probleme** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	<b>SCHWIERIGKEITEN</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
a)	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
b)	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
c)	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den **vergangenen vier Wochen** Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder im Bekanntenkreis beeinträchtigt?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

überhaupt nicht \_\_\_\_\_ 1  
 etwas \_\_\_\_\_ 2  
 mäßig \_\_\_\_\_ 3  
 ziemlich \_\_\_\_\_ 4  
 sehr \_\_\_\_\_ 5

Wie stark waren Ihre Schmerzen **in den vergangenen vier Wochen**?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

ich hatte keine Schmerzen \_\_\_\_\_ 1  
 sehr leicht \_\_\_\_\_ 2  
 leicht \_\_\_\_\_ 3  
 mäßig \_\_\_\_\_ 4  
 stark \_\_\_\_\_ 5  
 sehr stark \_\_\_\_\_ 6

Inwieweit haben die **Schmerzen** Sie in den **vergangenen vier Wochen** bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- überhaupt nicht \_\_\_\_\_ 1
- ein bißchen \_\_\_\_\_ 2
- mäßig \_\_\_\_\_ 3
- ziemlich \_\_\_\_\_ 4
- sehr \_\_\_\_\_ 5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den **vergangenen vier Wochen** gegangen ist (bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den **vergangen vier Wochen**

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	<b>BEFINDEN</b>	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	Nie
a)	... voller Schwung?	1	2	3	4	5	6
b)	... sehr nervös?	1	2	3	4	5	6
c)	... so niedergeschlagen, daß Sie nichts aufheitern könnte?	1	2	3	4	5	6
d)	... ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
e)	... voller Energie?	1	2	3	4	5	6
f)	... entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6
g)	... erschöpft?	1	2	3	4	5	6
h)	... glücklich	1	2	3	4	5	6
i)	... müde?	1	2	3	4	5	6

Wie häufig haben Ihre **körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme** in den **vergangen vier Wochen** Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- immer \_\_\_\_\_ 1
- meistens \_\_\_\_\_ 2
- manchmal \_\_\_\_\_ 3
- selten \_\_\_\_\_ 4
- nie \_\_\_\_\_ 5

Inwieweit trifft **jede** der folgenden Aussagen auf Sie zu?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	<b>AUSSAGEN</b>	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
a)	Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	1	2	3	4	5
b)	Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	1	2	3	4	5
c)	Ich erwarte, daß meine Gesundheit nachläßt	1	2	3	4	5
d)	Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	1	2	3	4	5

19. Wenn Sie alles zusammen betrachten, wie beurteilen Sie den Erfolg Ihrer Behandlung bei uns?

<b>sehr gut</b>	_____	<b>1</b>
<b>gut</b>	_____	<b>2</b>
<b>zufriedenstellend</b>	_____	<b>3</b>
<b>weniger gut</b>	_____	<b>4</b>
<b>schlecht</b>	_____	<b>5</b>

### **Einverständniserklärung**

Ich bin mit der Abspeicherung der in dem Fragebogen erhobenen Daten in einem EDV-Dokumentationssystem einverstanden.

Diese Daten sind nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes vor einem mutwilligen Zugriff geschützt und zu diesem System haben nur unsere Mitarbeiter direkten Zugang. Gemäß den Vorgaben des Gesetzes bitten wir Sie, sich mit einer Abspeicherung Ihrer persönlichen Daten einverstanden zu erklären.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift