
Fragebogen Schmerz

Brief Pain Inventory

Deutsche Version:

© Loick, Radbruch, Kiencke,
Sabatowski (Klinik für Anästhesie,
Universitätsklinik Köln),
Lindena (Mundipharma, Limburg)

Englische Originalversion

erarbeitet durch

Pain Research Group

Department of Neurology

University of Wisconsin-Madison

Medical School

Datum: Uhrzeit:
Nachname: Vorname:
Geburtsdatum: Geschlecht: männlich weiblich

- 1 Familienstand: ① alleinstehend ③ verwitwet
② verheiratet ④ getrennt/geschieden

2 Ihre eigene Ausbildung (bitte geben Sie die Anzahl der Jahre an, die Sie in Ihrer Ausbildung in Schule/ Berufsausbildung/ Studium standen)

Jahre 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Bezeichnung des Abschlusses:

3 Derzeitige Beschäftigung: (bitte erklären Sie die Bezeichnung; falls Sie nicht arbeiten, als was haben Sie vorher gearbeitet?)

4 Beschäftigung des Partners, der Partnerin:

5 Wie ist Ihre jetzige Beschäftigungsart am besten zu beschreiben?

- ① Außerhalb des Hauses beschäftigt, Vollzeit ④ Berentet
② Außerhalb des Hauses beschäftigt, Teilzeit ⑤ Nicht beschäftigt
③ Hausfrau/Hausmann ⑥ Anderes

6 Wie lange ist es her, daß Ihnen Ihre Diagnose bekannt wurde? Monate

7 Hatten Sie jemals Schmerzen, die auf Ihre jetzige Erkrankung zurückzuführen sind?

- ① ja ② nein ③ weiß ich nicht genau

8 Als Sie das erste Mal Ihre Diagnose erfuhren, war Schmerz eines der Symptome?

- ① ja ② nein ③ weiß ich nicht genau

9 Wurden Sie im letzten Monat operiert?

① ja ② nein

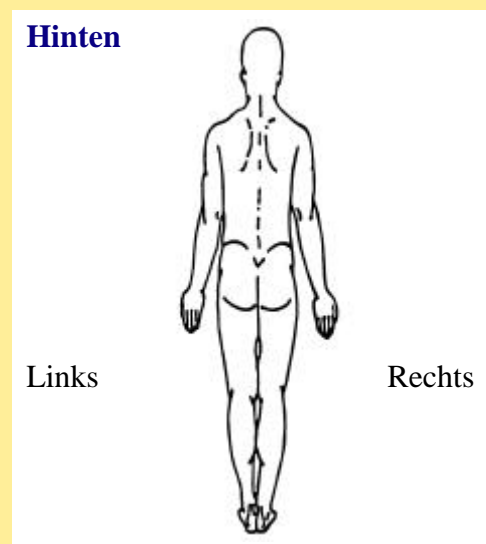
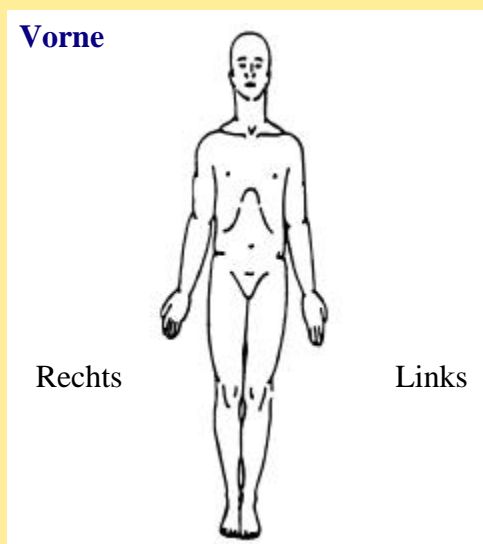
10 Die meisten von uns haben von Zeit zu Zeit Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, bei Verstauchungen). Hatten Sie in der letzten Woche andere als diese Alltagsschmerzen?

① ja ② nein

Heute: ① ja ② nein

Falls Sie eine der beiden letzten Fragen mit ja beantwortet haben, füllen Sie diesen Bogen bitte weiter aus. Falls Sie beide Fragen mit nein beantwortet haben, sind Sie mit diesem Fragebogen fertig. Danke.

11 Bitte schraffieren Sie in der nachstehenden Zeichnung die Gebiete, in denen Sie Schmerzen haben. Makieren Sie mit "x" die Stelle, die Sie am meisten schmerzt:



12 Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre stärksten Schmerzen in der letzten Woche am besten beschreibt:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kein Schmerz stärkste vorstellbare Schmerzen

13 Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre geringsten Schmerzen in der letzten Woche angibt:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kein Schmerz stärkste vorstellbare Schmerzen

14 Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre durchschnittlichen Schmerzen in der letzten Woche angibt:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kein Schmerz stärkste vorstellbare Schmerzen

15 Kreisen Sie die Zahl ein, die aussagt, welche Schmerzen Sie in diesem Moment haben:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kein Schmerz stärkste vorstellbare
Schmerzen

16 Welche Dinge und Tätigkeiten lindern Ihre Schmerzen (z.B. Wärme, Medikamente, Ausruhen):

17 Welche Dinge und Tätigkeiten verstärken Ihre Schmerzen (z.B. Gehen, Stehen, etwas Heben):

18 Welche Behandlungen oder Medikamente erhalten Sie gegen Ihre Schmerzen?

19 Bitte denken Sie an die letzte Woche. Wieviel Schmerzlinderung haben Sie durch Behandlungen oder Medikamente erfahren? Bitte kreisen Sie die Prozentzahl ein, die am besten die Schmerzlinderung beschreibt:

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
keine Linderung vollständige Linderung

20 Falls Sie Schmerzmedikamente einnehmen: Wie viele Stunden dauert es, bis Ihre Schmerzen wieder auftreten?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 Schmerzmedikamente helfen gar nicht | <input type="radio"/> 5 4 Stunden |
| <input type="radio"/> 2 1 Stunde | <input type="radio"/> 6 5 - 12 Stunden |
| <input type="radio"/> 3 2 Stunden | <input type="radio"/> 7 mehr als 12 Stunden |
| <input type="radio"/> 4 3 Stunden | <input type="radio"/> 8 Ich nehme keine Schmerzmedikamente |

21 Worauf führen Sie Ihre Schmerzen zurück? Bitte markieren Sie die Antwort, die am besten zutrifft:

- | | | |
|--|----------------------------|------------------------------|
| 1. Folge der Behandlung (z.B. Medikamente, Operation, Bestrahlung, Prothesen) | <input type="radio"/> 1 ja | <input type="radio"/> 2 nein |
| 2. Primärerkrankung (das ist die Erkrankung, die z. Zt. behandelt und bewertet wird) | <input type="radio"/> 1 ja | <input type="radio"/> 2 nein |
| 3. Eine medizinische Ursache ohne Bezug zur Primärerkrankung (z.B. Arthritis) | <input type="radio"/> 1 ja | <input type="radio"/> 2 nein |

22

Schmerzempfindung: Bitte geben Sie für jedes der nachstehenden Wörter an, ob es für Ihre Schmerzen zutrifft:

dumpf, drückend	gar nicht	0	1	2	3	extrem
pochend, klopfend	gar nicht	0	1	2	3	extrem
brennend, heiß	gar nicht	0	1	2	3	extrem
elektrisierend, einschließend	gar nicht	0	1	2	3	extrem
stechend, bohrend	gar nicht	0	1	2	3	extrem
krampfartig, kolikartig	gar nicht	0	1	2	3	extrem
ziehend, reißend	gar nicht	0	1	2	3	extrem
Schmerz bei leichter Berührung	gar nicht	0	1	2	3	extrem
unerträglich	gar nicht	0	1	2	3	extrem
erschöpfend, ermüdend	gar nicht	0	1	2	3	extrem
schrecklich	gar nicht	0	1	2	3	extrem

23

Bitte kreisen Sie die Zahl ein, die angibt, wie stark Ihre Schmerzen Sie in der letzten Woche beeinträchtigt haben:

Allgemeine Aktivität

A	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Keine Beeinträchtigung					stärkste Beeinträchtigung					

Stimmung

B	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Keine Beeinträchtigung					stärkste Beeinträchtigung					

Gehvermögen

C	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Keine Beeinträchtigung					stärkste Beeinträchtigung					

Normale Arbeit (sowohl außerhalb und Haushalt), Belastbarkeit

D	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Keine Beeinträchtigung					stärkste Beeinträchtigung					

Beziehung zu anderen Menschen

E	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Keine Beeinträchtigung					stärkste Beeinträchtigung					

Schlaf

F	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Keine Beeinträchtigung					stärkste Beeinträchtigung					

Lebensfreude

G	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Keine Beeinträchtigung					stärkste Beeinträchtigung					