

# **SCHMERZFRAGEBOGEN**

❖ *Befunde bitte in Kopie beifügen!*

❖ *Kein Rückversand per Einschreiben!*

Schmerz- und Palliativzentrum Wiesbaden  
Facharztzentrum Medicum  
Langenbeckplatz 2  
65189 Wiesbaden



### Personalbogen

Nachname: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähig:  nein  ja seit wann \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Überwiesen von Dr.: \_\_\_\_\_

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

### Durch wen oder was sind Sie auf das Schmerz- und Palliativzentrum Wiesbaden aufmerksam geworden?

Behandelnder Arzt

Freunde/ Bekannte

Internet

Krankenhaus/ Klinik

Medien

Werbung/ Anzeige

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_



**Vitalwerte**

Alter: \_\_\_\_\_

Größe (in cm): \_\_\_\_\_ Gewicht (in Kg): \_\_\_\_\_

**Wo ist Ihr Hauptschmerz?**

Kopf, Rücken, Extremitäten..... \_\_\_\_\_

**Seit wann haben Sie diese Schmerzen?**

- seit einigen Tagen
- seit einigen Wochen
- seit einigen Monaten
- seit Jahren. Wie viele: \_\_\_\_\_

Falls bekannt, bitte Monat und Jahr des Schmerzbeginns angeben: \_\_\_\_\_

**Wie wurden Ihre Schmerzen behandelt?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medikamente                                | <input type="checkbox"/> Elektrische Nervenstimulation |
| <input type="checkbox"/> Operation                                  | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik              |
| <input type="checkbox"/> Nervenblockaden                            | <input type="checkbox"/> Massagen                      |
| <input type="checkbox"/> Injektionen                                | <input type="checkbox"/> Bäder                         |
| <input type="checkbox"/> Infusionen                                 | <input type="checkbox"/> Packungen                     |
| <input type="checkbox"/> Lokale Einspritzungen in das Schmerzgebiet | <input type="checkbox"/> Medikamentenentzug            |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur                                 | <input type="checkbox"/> Chiropraktik                  |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie                             | <input type="checkbox"/> Röntgenbestrahlung            |
| <input type="checkbox"/> Autogenes Training                         | <input type="checkbox"/> andere Bestrahlungen          |
| <input type="checkbox"/> Biofeedback                                |  |

Andere Therapien: \_\_\_\_\_

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

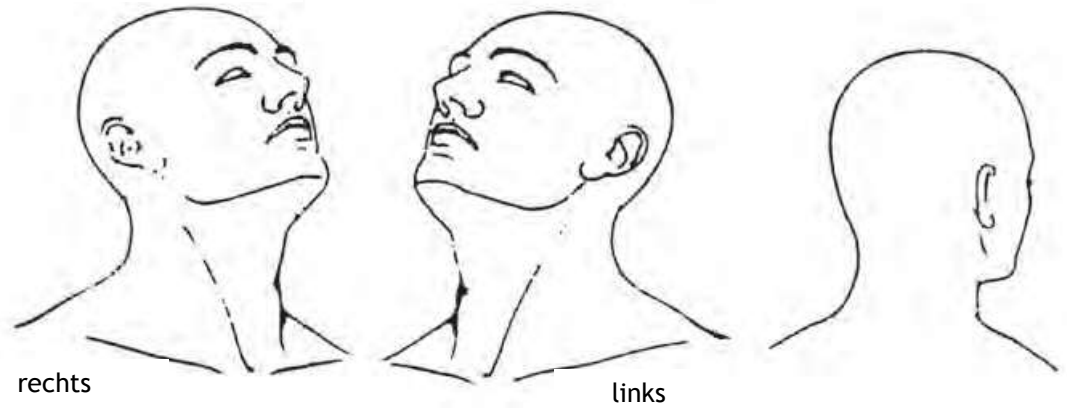
- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmediziner                                | <input type="checkbox"/> Anästhesist   | <input type="checkbox"/> Augenarzt     |
| <input type="checkbox"/> Schmerztherapeutische<br>Einrichtung/ Schmerzarzt | <input type="checkbox"/> Nervenarzt    | <input type="checkbox"/> HNO-Arzt      |
| <input type="checkbox"/> Internist   | <input type="checkbox"/> Psychiater    | <input type="checkbox"/> Hautarzt      |
| <input type="checkbox"/> Chirurg   | <input type="checkbox"/> Psychologe    | <input type="checkbox"/> Urologe       |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde   | <input type="checkbox"/> Zahnarzt      | <input type="checkbox"/> Röntgenologe  |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurg                                      | <input type="checkbox"/> Kieferchirurg | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker |
|  | <input type="checkbox"/> Gynäkologe    |  |

Andere: \_\_\_\_\_

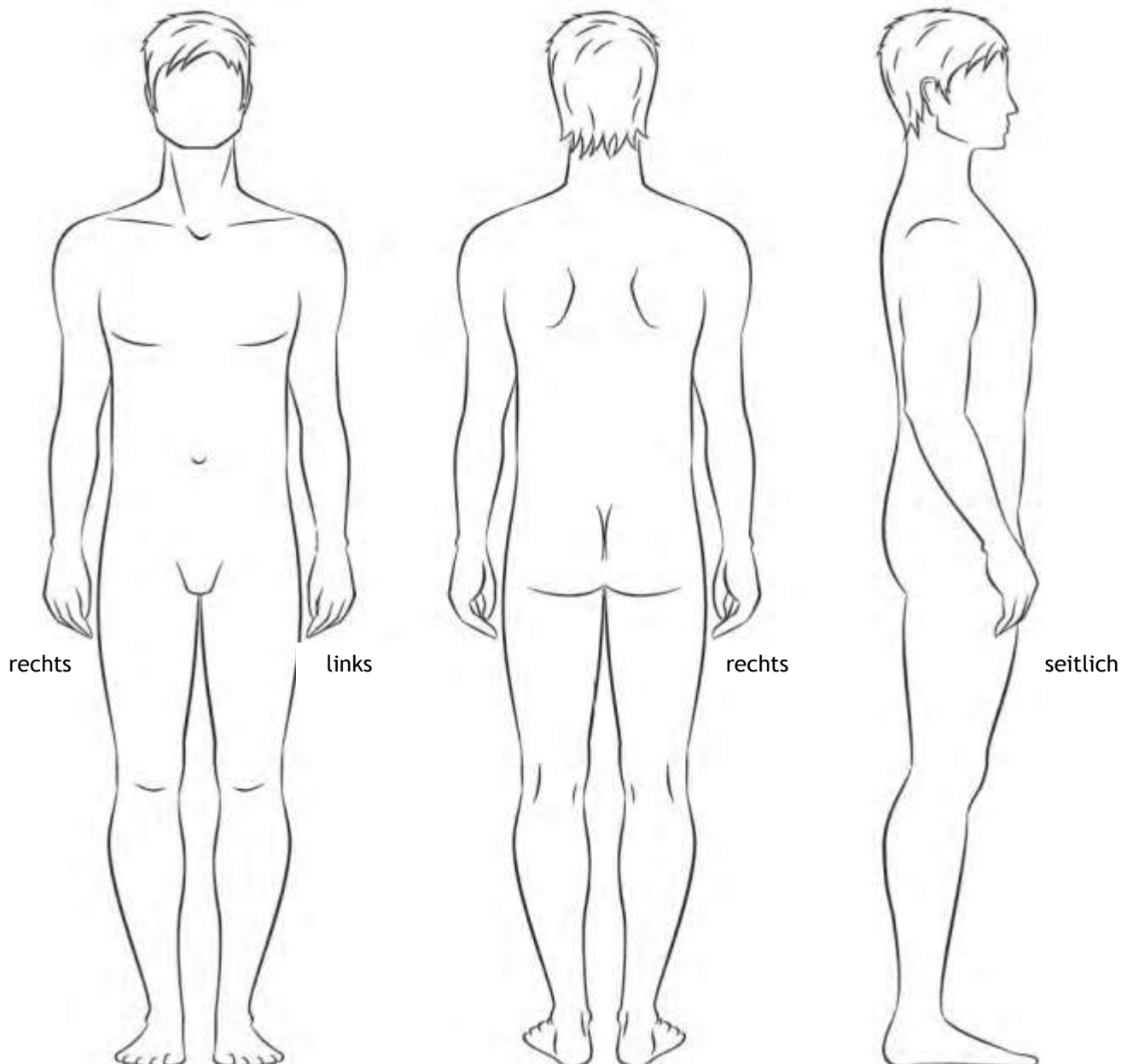


Bitte zeichnen Sie Ihre Schmerzen ein.

Für Kopf- und Gesichtsschmerzen



Für Körperschmerzen







**Hatten Sie Krankenhaus- und/ oder Kuraufenthalte wegen Ihrer Schmerzen?**

- Ja. Wann, wie lange und wo waren Sie wegen Ihrer Schmerzen in Krankenhaus- und/ oder Kurbehandlung?

---

---

- Nein

**Welche Diagnosen wurden wegen Ihrer Schmerzen gestellt?**

---

---

**Bekommen Sie wegen Ihrer Schmerzen eine Rente?**

- Ja  
 Nein

**Läuft zurzeit ein Rentenanspruch?**

- Ja  
 Nein

**Sind Sie schon einmal operiert worden?**

- Nein  
 Ja, welche Operation/en: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- wegen Schmerzen  
 aus anderen Gründen: \_\_\_\_\_

**Haben Sie Unfälle erlitten?**

- Nein  
 Ja, welche Unfälle: \_\_\_\_\_



**Persönliche Einschätzung der Schmerzstärke:**

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage jeweils einen Wert der Skala 0 - 10 an

a) Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an.

kein Schmerz

stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

b) Geben Sie bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** der letzten vier Wochen an:

kein Schmerz

stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c) Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** der letzten vier Wochen an:

kein Schmerz

stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

d) Geben Sie jetzt bitte an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

kein Schmerz

stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Haben sich Ihre Schmerzen in den letzten Monaten verändert?**

**Häufigkeit**  gleich geblieben  häufiger geworden  seltener geworden

**Intensität**  gleich geblieben  schwächer geworden  stärker geworden

**Charakter**  gleich geblieben  anders geworden

**Wie und wie oft treten Ihre Schmerzen zur Zeit auf?**

dauernd

anfallsweise

täglich

etwa 1x in der Woche

etwa 1x im Monat

ab und zu



### Zu welchen Tageszeiten sind Ihre Schmerzen deutlich wahrnehmbar?

Bitte die Uhrzeiten ankreuzen:

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5  
morgens mittags nachmittags abends nachts

### Persönliches Schmerzempfinden

Mit der folgenden Liste von Eigenschaftsworten können Sie genauer beschreiben, wie Sie Ihre Schmerzen empfinden. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre typischen Schmerzen in der letzten Zeit. Bitte lassen Sie keine Beschreibung aus und machen Sie für jedes Wort ein Kreuz, inwieweit die Aussage auf Sie zutrifft. Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten.

Ich empfinde meine Schmerzen als...

	trifft genau zu	trifft weitestgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitestgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
elend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	klopfend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schauderhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pochend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scheußlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	brennend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
furchtbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	heiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dumpf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stechend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drückend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ziehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SBL© Korb 2006

Spüren/ Empfinden Sie im Bereich Ihrer Schmerzen mitunter..	nie	kaum	gering	mittel	stark	sehr stark
eine leichte Berührung (z.B. durch die Bettdecke) als schmerzhaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein Brenngefühl (z.B. wie beim Kontakt mit Brennesseln)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein Kribbel-/ Prickelgefühl (z.B. Ameisenlaufen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blitzartige/ elektrisierende Schmerzattacken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte/ Wärme (z.B. Badewasser) als schmerzhaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein Taubheitsgefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei leichtem Druck (z.B. mit dem Finger) außergewöhnlich stark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

R. Freynhagen, T.R. Tölle, U. Gockel, R. Baron, DGN 2005-© pain DETECT, Pfizer Pharma GmbH





### Persönliches Schmerzempfinden

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der letzten drei Monate. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die Auswirkungen der Schmerzen erfahren.

- a) An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten drei Monaten auf Grund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

An etwa \_\_\_\_\_ Tagen

- b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten drei Monaten Ihren Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen) beeinflusst?

*keine Beeinträchtigung*

*völlige Beeinträchtigung*

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

- c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten drei Monaten Ihre Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis beeinträchtigt?

*keine Beeinträchtigung*

*völlige Beeinträchtigung*

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

- d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten drei Monaten Ihre Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

*keine Beeinträchtigung*

*völlige Beeinträchtigung*

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Was machen Sie selbst um Ihre Schmerzen günstig zu beeinflussen?

*Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung ect.*

---

---

---

- Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen.  
 Ich tue nichts.



## Persönliches Schmerzempfinden

Im Folgenden sind verschiedene Lebensbereiche angesprochen. Bitte kreuzen Sie jeweils an, wie stark Sie in diesen durch Ihre Schmerzen beeinträchtigt werden.

### Häusliche Aktivitäten:

*keine Beeinträchtigung*

*völlige Beeinträchtigung*

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

### Freizeit/ Erholung:

*keine Beeinträchtigung*

*völlige Beeinträchtigung*

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

### Soziale Unternehmungen:

*keine Beeinträchtigung*

*völlige Beeinträchtigung*

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

### Haus- und Berufsarbeit:

*keine Beeinträchtigung*

*völlige Beeinträchtigung*

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

### Selbständigkeit in Körperpflege und Alltagsverrichtungen:

*keine Beeinträchtigung*

*völlige Beeinträchtigung*

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

### Schlaf:

*keine Beeinträchtigung*

*völlige Beeinträchtigung*

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

### Allgemeine Lebensqualität:

*keine Beeinträchtigung*

*völlige Beeinträchtigung*

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

### Sexualität:

*keine Beeinträchtigung*

*völlige Beeinträchtigung*

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10



Was löst Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen aus oder verschlimmert sie?

---



---



---

Ich weiß es nicht.

### Schmerzcharakter

Mit der folgenden Liste können Sie genauer beschreiben, wie Sie Ihrer Schmerzen empfinden. Denken Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte an den typischen Ablauf Ihrer Schmerzen in der letzten Zeit. Sollten Sie nur die Eigenschaften bewerten wollen, die für Sie zutreffen und die anderen unausgefüllt lassen, machen Sie bitte ein Kreuz unten in das dafür vorgesehene Kästchen\*. Ansonsten haben Sie bei jeder Aussage vier Antwortmöglichkeiten; wählen Sie bitte spontan die Aussage, welche am ehesten auf Ihre Beschwerden zutrifft.

Ich empfinde meine Schmerzen als...

	trifft genau zu	trifft weitest- gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitest- gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
lähmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pulsierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entmutigend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ziehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
furchtbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	drückend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unbarmherzig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dumpf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entnervend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	durchstoßend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	heiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scheußlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hämmernd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zermürend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stechend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	glühend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mörderisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pochend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heftig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	reißend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erschöpfend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	brennend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grausam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	klopfend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
quälend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schneidend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*  Bitte machen Sie hier ein Kreuz, wenn Sie oben nur die Empfindungen angekreuzt haben, die für Sie zutreffen.



## Allgemeines Stimmungsbild

Zur vollständigen Beurteilung Ihrer Erkrankung bitten wir Sie im Folgenden um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung. Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten und zwar so, wie es für Sie persönlich in den vergangenen Tagen (inklusive heute) am ehesten zutraf bzw. zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz für jede Feststellung und lassen Sie bitte keine Frage aus. Überlegen Sie nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

### Ich fühle mich angespannt oder überreizt

- meistens oft
- von Zeit zu Zeit/ gelegentlich
- überhaupt nicht

### Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- ganz genau so
- nicht ganz so sehr
- nur noch ein wenig
- kaum oder gar nicht

### Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- ja, sehr stark
- ja, aber nicht allzu stark
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

### Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- ja, so viel wie immer
- nicht mehr ganz so viel
- inzwischen viel weniger
- überhaupt nicht

### Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- einen Großteil der Zeit
- verhältnismäßig oft
- von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- nur gelegentlich/ nie

### Ich fühle mich glücklich

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

### Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- fast immer
- sehr oft
- manchmal
- überhaupt nicht

### Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

- überhaupt nicht
- gelegentlich
- ziemlich oft
- sehr oft

### Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- ja, stimmt genau
- ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ich kümmere mich so viel darum wie immer

### Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

- ja, tatsächlich sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- überhaupt nicht

### Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- ja, sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- kaum bis gar nicht

### Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- ja, tatsächlich sehr oft
- ziemlich oft
- nicht sehr oft
- überhaupt nicht



Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

- ja, natürlich
- gewöhnlich schon
- nicht oft
- überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen

- oft
- manchmal
- eher selten
- sehr selten

Ich denke daran, mir das Leben zu nehmen:

- nein, nie
- gelegentlich
- häufiger

**Nehmen Sie Medikamente gegen Schmerzen ein?**

- immer oder fast immer, wenn sie auftreten
- in regelmäßigen Zeitabständen
- häufiger
- eher selten
- überhaupt nicht

**Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit gegen Ihre Schmerzen ein?**

*Bei Bedarf bitte ein Extrablatt benutzen.*

Name des Medikamentes:

Dosis (Anzahl: Tabletten, Tropfen, Zäpfchen)

1. \_\_\_\_\_ pro Tag \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ pro Tag \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ pro Tag \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit aus anderen Gründen zusätzlich noch ein?**

\_\_\_\_\_

**Bestehen Allergien bei Ihnen?**

- nein
- ja welche: \_\_\_\_\_

**Liegen andere Erkrankungen vor?**

- Herz- und Kreislauferkrankungen
- Erkrankungen des Nervensystems
- Diabetes
- Andere Stoffwechselerkrankungen
- Andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_
- Nein
- HIV-positiv
- Hepatitis
- Blutgerinnungsstörung