



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die Ursachen Ihrer Schmerzen besser einschätzen zu können, sind für uns Informationen aus unterschiedlichen Bereichen erforderlich.

Damit wir die schonendste und für Sie optimalste Therapie erzielen können, ist es wichtig, wie Sie Ihre Schmerzen genau beschreiben, an welchen Behandlungen Sie mit welchem Erfolg bereits teilgenommen haben und welche Auswirkungen der Schmerz auf Ihr Befinden und Ihre Lebensumstände hat.

Der akute Schmerz besitzt Warn- und Schutzfunktionen für den Körper. Er führt zur Diagnose und der Einleitung einer möglichst ursächlichen Behandlung. Der nicht behandelte Schmerz kann zunehmend eigenständig werden und zu einem Dauerleiden, der Schmerzkrankheit, führen. Bei der Schmerzkrankheit hat der Schmerz seine wichtige Funktion der Gefahr - und Schadensmeldung verloren. Er kommt zu einer starken Beeinträchtigung Ihrer Lebensqualität und ihr Umfeld.

Ihre Angaben dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gespräches und der Untersuchung, sowie der Dokumentation für ihre Krankenkasse.

Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen vollständig aus. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

Bei der Bearbeitung Ihrer Angaben gilt selbstverständlich die ärztliche Schweigepflicht und unsere Datenschutzbestimmungen.

Bitte beachten Sie, dass ohne vollständige Unterlagen, wie

- **Schmerzfragebogen, ggf aktueller Medikamentenplan**
- **Kopien von Vorbefunden/ Arztberichten/ Krankenhaus- Rehaberichten (keine CDs)**

Kein Erstkontakt stattfinden kann.

Bitte bringen sie außerdem

- **Gesundheitskarte** und
- **Überweisung** mit

Bei Nichterscheinen oder kurzfristiger Absage <24 h wird ein Ausfallshonorar von 60 Euro fällig

Name ausgefüllt am:

Adresse

Tel e-mail

Geburtsdatum Alter Geschlecht weiblich männlich

Größe (cm) Gewicht (kg)

Unterschrift

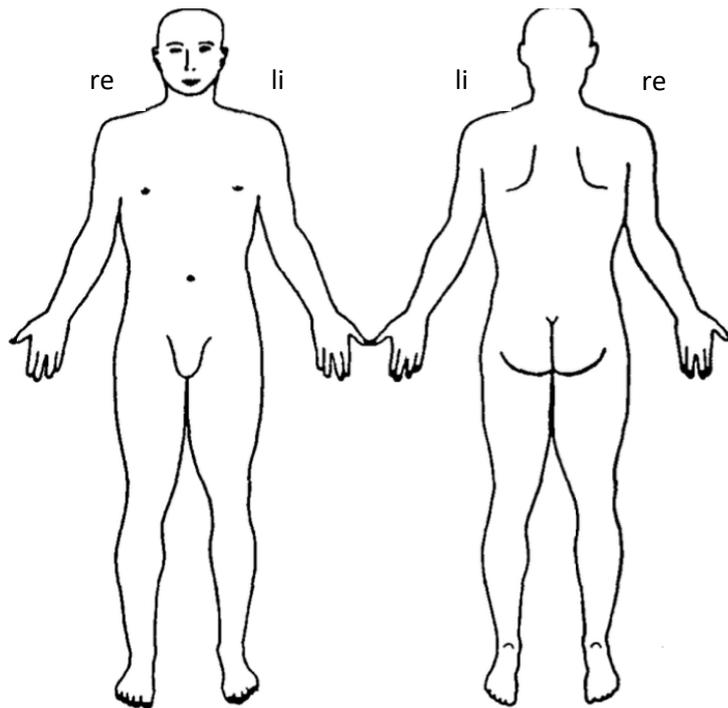


Dr. med. Schuler
Dr. med. Janke



Haben Sie bereits einen **Renten-** oder **Änderungs-Antrag gestellt?** ja nein **geplant** ja nein
Ablehnung ja nein **Widerspruchsverfahren?** ja nein **Zeitliche Befristung**

Bitte zeichnen Sie nun im Körperschema ein, an welcher Stelle Ihre Schmerzen auftreten.



Machen Sie bitte ein **Kreuz**, wenn der Schmerz eher eingegrenzt oder punktförmig auftritt, (wenn Sie also die Körperstelle ziemlich genau lokalisieren können)

Falls Ihre Schmerzen an einem Punkt beginnen und in einen anderen Bereich ausstrahlen, so zeichnen Sie dies bitte mit einem **Pfeil** ein.

Wenn Ihre Beschwerden/ Schmerzen eher diffus sind, also nicht genau lokalisiert werden können oder über eine größere Fläche ausstrahlen, so **schraffieren** Sie bitte die Schmerzzone.

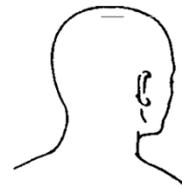
rechts



links



Rückseite



Aufgrund welcher Beschwerden/ Schmerzen kommen sie aktuell zur Vorstellung

Falls Sie mehrere schmerzende Bereiche bezeichnet haben, markieren Sie diese bitte der Reihenfolge ihrer Stärke nach (Hauptschmerz = 1).

Seit **wann** bestehen die Schmerzen (Hauptschmerz)

< 1 Monat 1-6 Monate ½-1 Jahr

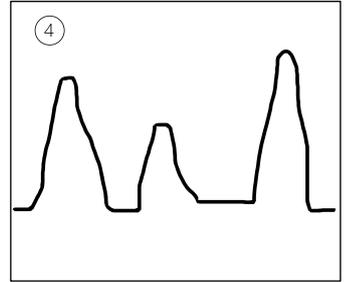
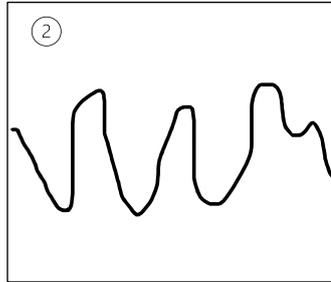
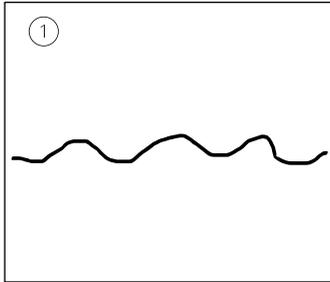
1-2 Jahre 2-5 Jahre > 5 Jahre

Ist ihnen ein genaues Datum erinnerlich?:



Welches Bild/ Aussage trifft auf Ihre Schmerzen am besten zu (Nur 1 Angabe)

S
c
h
m
e
r
z



Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

Dauerschmerzen mit starken Schwankungen

Schmerzspitzen dazwischen schmerzfrei

Dauerschmerz mit Schmerzspitzen

Wenn Sie an Schmerzspitzen leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

Wie **häufig** treten diese Attacken durchschnittlich auf?

täglich mal

wöchentlich mal

monatlich mal

seltener:

Wie **lange** dauern diese Attacken durchschnittlich?

Sekunden

Minuten

Stunden

-3 Tage

> 3 Tage

Sind Ihre Schmerzen **tageszeitenabhängig**? Ja nein

morgens

mittags

nachmittags

abends

nachts

ggf Uhrzeit

Welche **Begriffe** beschreiben Ihren Schmerz Ihre Beschwerden am ehesten

dumpf

hell

drückend

ziehend

stechend

Krampfartig

kolikartig

pulsierend

pochend

klopfend

brennend

kribbelnd

elektrisierend

ausstrahlend

heiss

Kälte

unbeschreiblich

schauerhaft

elend

Wie **intensiv** waren Ihre Schmerzen?

Bitte geben Sie jeweils einen Wert 0-10 an wobei **10** ein Schmerz ist den Sie sich **nicht stärker** vorstellen können

momentan

durchschnittlich

größter Schmerz

geringster Schmerz

Geben Sie hier an, welche Schmerzstärke für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

Was würden sie *dann* am liebsten machen



Von **wem** wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht** oder **behandelt**? (bitte unterstreichen)

Keine Behandlung

Allgemeinarzt Chirurg Internist Neurochirurg Neurologe Orthopäde Radiologe Psychiater Psychotherapeut

Heilpraktiker Osteopath

Schmerztherapeut

wann

Wie wurden Ihre Schmerzen **bisher behandelt**?

Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob Ihre **Schmerzen** durch diese Maßnahmen zumindest zeitweise gelindert wurden.

bisher **keine** Schmerzbehandlung

	erhalten	wirksam		
		ja	vorübergehend	nein
Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infusionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden auch PRT (CT gesteuerte Blockade)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Denervierung/ Nervenverödung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenmarksnahe Sonden-(SCS) bzw Pumpensysteme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankengymnastik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rehasport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamenten-Entzug	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chiropraktik/ Osteopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kur-/Reha-Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wann

Wo

Wann

Wo

Schmerzklink

ambulant

stationär

Wann

Wo

Welche Besserung konnten erreicht werden



Dr. med. Schuler
Dr. med. Janke



Was machen Sie selbst um die Schmerzen zu reduzieren

Auf welche **Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

für mich ist **keine Ursache** erkennbar

eine bestimmte Erkrankung

eine Operation

Datum der Operation

körperliche Belastung

seelische Belastung

andere Ursache

auf einen Unfall

Datum des Unfalls

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen:

Sind alle diesbezüglichen **rechtlichen** oder **versicherungsrechtlichen Fragen** abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)?

ja nein



Wie schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. (bitte unterstreichen)

ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht

Geben Sie bitte an, wie Sie sich in der letzten Woche meistens gefühlt haben. Geben Sie dazu jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu.

Trotz der Schmerzen würde ich sagen:

1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.
4. Ich habe mein Leben genießen können.
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.
7. Ich habe mich richtig freuen können.

An **wie vielen** Tagen konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. **Beruf, Schule, Haushalt**)? Tage

Wie stark waren Sie in den letzten 3 Monaten durch Ihre Schmerzen eingeschränkt oder beeinträchtigt
Ein Wert von 0 entspricht keiner Beeinträchtigung, 10 völlige Einschränkung durch die Schmerzen

Beeinträchtigung im **Beruf, Schule, Haushalt**

Beeinträchtigung im **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.)

Beim Steigen mehrerer Treppenabsätze

Beeinträchtigung von **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis**

bei welcher Aktivität gab es die größte Einschränkung

welche Aktivitäten tun Ihnen besonders gut

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer** Probleme die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

Ich habe weniger geschafft als ich wollte ja nein

Ich konnte nur bestimmte Tätigkeiten ausführen ja nein



Sind Sie berufstätig ja nein arbeitssuchend seit

Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus?

Sind Sie zurzeit **arbeitsunfähig**? ja nein

Wie viele Tage waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?

Ich war in letzten 3 Monaten an Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)

Ich bin durchgehend arbeitsunfähig seit

Glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz** zurückkehren können? ja nein

Beziehen Sie **derzeit** eine **Rente**? ja, seit wann auf Zeit, bis wann

Vorgezogenes Altersruhegeld Berufsunfähigkeit Erwerbsunfähigkeit Altersruhegeld

Teilweise Erwerbsminderung, Prozent

Haben Sie einen anerkannten **Grad der Behinderung**? (GdB) ja in welcher Höhe

Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt? ja nein

Haben sie bereits eine anerkannte Pflegestufe? ja Grad

Läuft ein Antrag oder ist eine Höherstufung geplant? ja nein

Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt? (Mehrfachantworten sind möglich):

ich lebe allein Ehepartner/Partner Kinder

(Schwieger-)Eltern pflegebedürftig ja nein Tiere



Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten**? Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte.

Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs

ja nein

Welche Erkrankung:

Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks

ja nein

Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall

Nerven-Verletzung, -Lähmung, -Entzündung, Polyneuropathie, Schädel-Hirn-Trauma

Andere:

Erkrankungen der Atemwege Asthma, chronische Bronchitis, COPD, Emphysem

ja nein

Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung, Schlafapnoe

Andere:

Erkrankungen von Herz oder Kreislauf Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen

ja nein

Herzschwäche (Insuffizienz), Koronare Herzerkrankung, Arterienverkalkung, Aneurysma

Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie

Andere:

Magen-, Darmerkrankungen Magenschleimhaut- oder Speiseröhre-Entzündung

ja nein

Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa,

Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz, Zustand nach Magen- oder Darmblutung

Andere:

Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse Chronische oder akute Hepatitis,

ja nein

Leberzirrhose, Gallen-Steine oder -Entzündung, Bauchspeicheldrüsen-Entzündung

Andere:

Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane

ja nein

Chronisches Nierenversagen, Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen

Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung

Andere:



Stoffwechsel-Erkrankungen Zuckerkankheit, Schilddrüsen Über- oder Unterfunktion ja nein
Gicht, Erhöhung der Blutfettwerte

Andere:

Hauterkrankungen Psoriasis (Schuppenflechte), Nesselsucht, Ekzeme ja nein

Andere:

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes Osteoporose, ja nein
Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk,
Skoliose, Zustand nach Wirbelkörpersbruch, Chronische Polyarthritis, M. Bechterew
rheumatische Muskelentzündung, Fibromyalgie

Bandscheibenvorfall Höhe: C Th L Spinalkanalstenose Höhe: C Th L

Andere:

Seelische Leiden Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, ja nein
Post Traumatisches Syndrom, Magersucht, Psychose,
chronische Müdigkeit/ Erschöpfung, Fatigue, Burn out, Sucht oder Abhängigkeit,

Andere:

Andere Erkrankungen ja nein

Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV ja nein

Andere:

Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Medikamente, Lebensmittel, ja nein
Blütenstaub, Hausstaub, Wasch-/Putzmittel

Welcher Art:



Fragen zu Ihrem Befinden **während der letzten Woche**

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0- 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

- 0 Traf **gar nicht** auf mich zu
- 1 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**
- 2 Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder **ziemlich oft**
- 3 Traf **sehr stark** auf mich zu oder **die meiste Zeit**

1 Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3
2 Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3
3 Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben	0	1	2	3
4 Ich hatte Atemprobleme (z. B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3
5 Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3
6 Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3
7 Ich zitterte (z. B. an den Händen).	0	1	2	3
8 Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3
9 Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3
10 Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3
11 Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3
12 Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3
13 Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3
14 Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3
15 Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3
16 Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3
17 Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3
18 Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3
19 Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z. B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3
20 Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3
21 Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3



DN-4 Fragebogen (Bouhassira et al., 2005)

Beantworten Sie bitte die folgenden vier Fragen. Kreuzen Sie zu jedem Punkt nur eine Antwort an.

Weißt der Schmerz eines oder mehrere der folgenden Merkmale auf?

- | | | |
|-------------------------------------|----|------|
| 1. Brennen | Ja | Nein |
| 2. Gefühl einer schmerzhaften Kälte | Ja | Nein |
| 3. Elektrische Kälte | Ja | Nein |

Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf?

- | | | |
|--------------------|----|------|
| 4. Kribbeln | Ja | Nein |
| 5. Pieksen | Ja | Nein |
| 6. Taubheitsgefühl | Ja | Nein |
| 7. Juckreiz | Ja | Nein |

Sind die Schmerzen in einem Bereich lokalisiert, in dem die körperliche Untersuchung Folgendes zeigt?

- | | | |
|---------------------------------|----|------|
| 8. Hypoästhesie bei Berührung | Ja | Nein |
| 9. Hypoästhesie bei Nadelreizen | Ja | Nein |

Werden die Schmerzen aufgelöst oder verschlimmert durch:

- | | | |
|------------|----|------|
| 10. Reiben | Ja | Nein |
|------------|----|------|

Hypoästhesie = verminderte, herabgesetzte Druck- bzw. Berührungsempfindung