

Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil Universitätsklinik  
Klinik für Anaesthesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie  
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Michael Zenz)



Leitender Arzt der Abteilung Schmerztherapie: Prof. Dr. med. Christoph Maier  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, D-44789 Bochum  
☎ 0234 302 6632, Fax 0234 302 6262

## Fragebogen für Schmerz-Patienten

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient !**

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankengeschichte. Sie dienen zusätzlich zu den vorhandenen medizinischen Berichten und Befunden der Klärung Ihres Krankheitsbildes und erleichtern uns die Planung Ihrer weiteren Diagnostik und Behandlung.

**Die gewissenhafte und vollständige Beantwortung aller Fragen liegt daher in Ihrem eigenen Interesse.**

Manche Fragen werden Ihnen unwichtig oder sogar 'indiskret' vorkommen und scheinen überhaupt nicht im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen zu stehen. 'Schmerzen' sind jedoch ein so umfassendes Problem, daß wir möglichst viele Einzelheiten von Ihnen erfahren müssen.

**Bitte füllen Sie den Fragebogen selbständig und ohne fremde Hilfe aus !**

Alle Daten dieses Fragebogens unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes unterworfen.

Bearbeitungsnummer:  Datum:     
Tag Monat Jahr

1. Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum:     
Tag Monat Jahr

2. Geschlecht: männlich  weiblich

3. PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Tel., privat: \_\_\_\_\_ Tel., dienstl.: \_\_\_\_\_

4. Konfession: ev.  röm.-kath.  jüd.  moham.  sonstige

5. Personenstand: ledig  verh.  verw.  gesch.

6. Körpergröße (cm):    Körpergewicht (kg):

7. Name, Adresse und Telefon-Nummer des **überweisenden Arztes**:  
\_\_\_\_\_

8. Name, Adresse und Telefon-Nummer des **Hausarztes**:  
\_\_\_\_\_

9. **Entfernung** von Ihrer Wohnung bis zu **unserer** Praxis / Klinik (in km): ca.

10. Krankenkasse für **ambulante** Behandlung: \_\_\_\_\_

11. Krankenkasse für **stationäre** Behandlung: \_\_\_\_\_

12. **Zusatzversicherung** für stationäre Behandlung: ja  nein

13. **Beihilfe**-Berechtigung: ja  nein

14. Name des **Stammversicherten**: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:     
Tag Monat Jahr

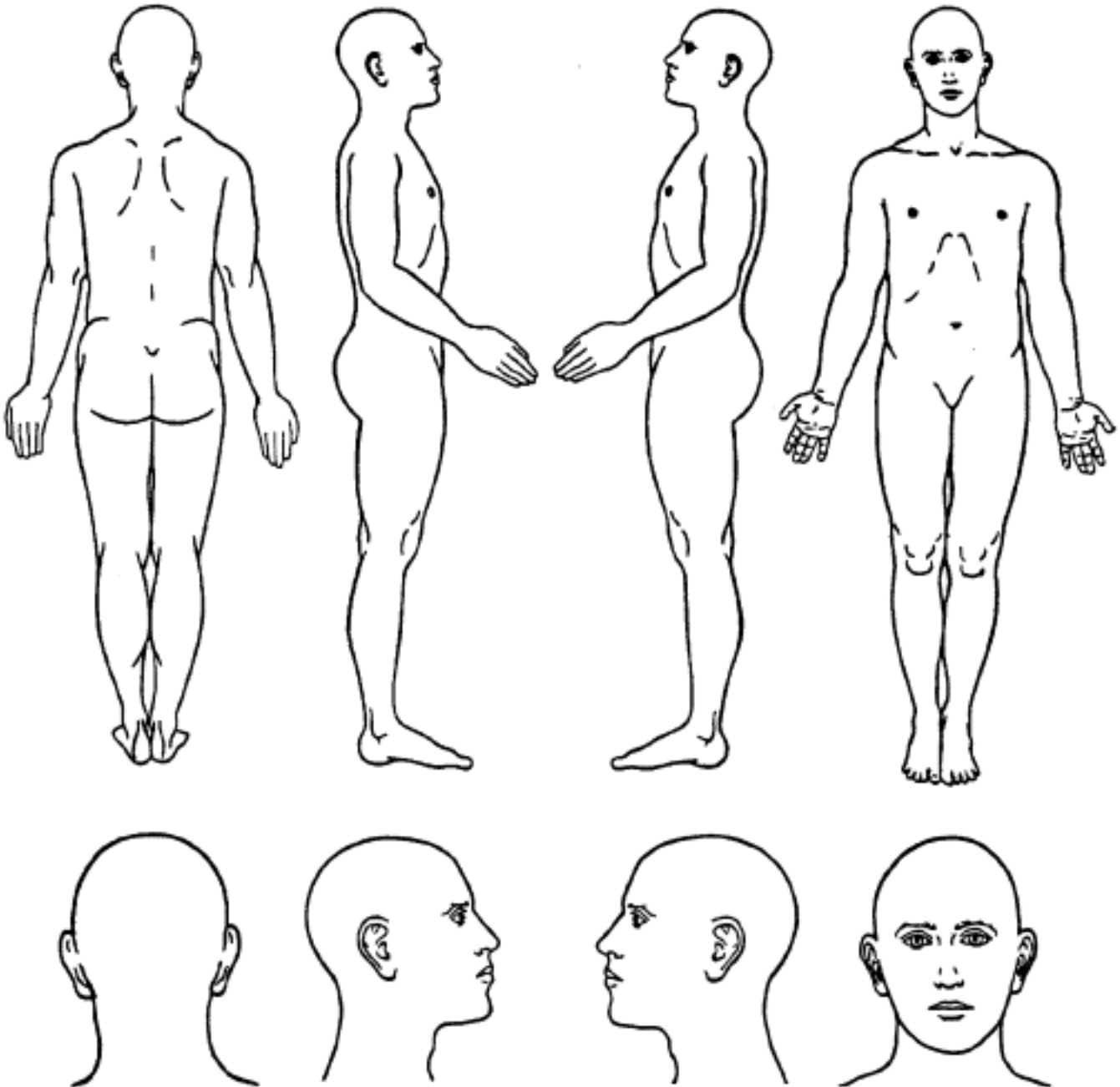
15. Beruf: \_\_\_\_\_ arbeitslos  Rentner

16. Sind Sie zur Zeit **gehfähig** ? ja  nein

17. Sind Sie für Ihre eigene Versorgung (Körperpflege, Anziehen, Essen) **auf fremde Hilfe angewiesen** ? ja  nein

18. Malen Sie bitte in den nachfolgenden Körperschemata ein, **wo** Sie **überall** Schmerzen haben.

Bitte kennzeichnen Sie das **ganze** Schmerzgebiet (durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber bzw. durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern etc.), damit wir wirklich wissen, wo Sie **überall** Schmerzen haben.



HABEN SIE AUCH WIRKLICH **ALLE** SCHMERZORTE EINGEZEICHNET?

19. Bitte versuchen Sie hier, Ihre Schmerzen **mit Ihren eigenen Worten** zu beschreiben (z.B. "ziehender oder brennender oder pochender Schmerz, in der Schulter beginnend, in den Unterarm ausstrahlend; verstärkt sich bei Bewegung der Schulter").

---



---



---

**Bitte benutzen Sie für weitere Ausführungen ein Extrablatt**

20. Bitte geben Sie anhand der folgenden **Liste** an, **wo Sie überall Schmerzen haben**. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Schmerzgebiete an. Für **beidseitige** Schmerzen markieren Sie bitte links **und** rechts.

	links	rechts	Mitte
Gesicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stirn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auge .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schläfe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohr .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oberkiefer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterkiefer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundhöhle / Zähne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken / Hinterkopf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
untere Halswirbelsäule.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obere Schulter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schultergelenk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oberarm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ellenbogen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterarm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hand / Finger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
obere Rückenhälfte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb vorn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb seitlich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberbauch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterbauch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch seitlich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
untere Rückenhälfte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Steißbein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftgelenk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oberschenkel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterschenkel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fuß / Zehen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Becken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsorgane .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afterbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Gelenke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Die Fragen 21 - 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen (Frage 21)**

Nachdem Sie in den bisherigen Fragen Angaben zu **allen** Ihren Schmerzarten gemacht haben, bitten wir Sie nun sich auf **einen Hauptschmerz** (siehe Frage 21) festzulegen. Die Fragen 22 bis 34 können von uns nur dann richtig beurteilt werden, wenn sich Ihre Angaben auf Ihren **Hauptschmerz** (Frage 21) beziehen.

21. Kreuzen Sie jetzt bitte bei dieser Frage ausschließlich Ihren **Hauptschmerz** an. **Legen Sie sich dabei auf einen Hauptschmerz fest.**

	links	rechts	Mitte
Mund/ Gesicht / Kopf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals- / Nackenbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulter / Arm / Hand .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brustkorb / obere Rückenhälfte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
untere Rückenhälfte / Gesäß.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte / Bein / Fuß.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beckenbereich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsorgane / After.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Gelenke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
gesamter Körper.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. **Wo** fühlen Sie Ihre **Hauptschmerzen** ? (Mehrfachnennungen sind möglich)

in der Tiefe.....

oberflächlich (in der Haut, in der Schleimhaut) .....

außerhalb des Körpers (z.B. im Phantomglied) .....

23. Wechselt Ihr Hauptschmerz oft die Seite? ja       nein

24. Seit **wann** bestehen Ihre **Hauptschmerzen** ? Datum: 

Tag	Monat	Jahr

25. Litt oder leidet in Ihrer **Familie** jemand an ähnlichen Schmerzen ? ja       nein

Wenn ja, an welchen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Die Fragen 21 - 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen**

26. Die nachfolgenden Aussagen beschreiben die Schmerzempfindung genauer. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit die vorgegebene Empfindung für Ihre Schmerzen stimmt.

Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

4 = trifft genau zu      3 = trifft weitgehend zu      2 = trifft ein wenig zu      1 = trifft nicht zu

Beurteilen Sie Ihre Schmerzen so, wie sie in der letzten Zeit typisch gewesen sind.

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz und lassen Sie bei der Beantwortung keine Aussage aus.

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
ich empfinde meine Schmerzen als quälend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als grausam.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als erschöpfend.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als heftig .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als mörderisch .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als elend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als schauerhaft.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als scheußlich.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als schwer .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als entnervend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als marternd .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als furchtbar .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als unerträglich.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als lähmend.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als schneidend.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als klopfend.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als brennend.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als reißend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als pochend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als glühend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als stechend.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als hämmernd.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als heiß .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als durchstoßend.....	④	③	②	①

SES © Hogrefe 1996

ich empfinde meine Schmerzen als dumpf .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als drückend.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als ziehend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als pulsierend.....	④	③	②	①



**Die Fragen 21 - 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen**

31. Geben Sie bitte an, ob sich die Stärke Ihrer Schmerzen verändern kann (nur **eine** Angabe machen).

- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt **häufig** (z.B. mehrmals täglich).....
- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt **gelegentlich** (z.B. wenige Male pro Woche) .....
- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt **niemals** .....

32. Auf welche **Ursache** führen Sie Ihre **Hauptschmerzen** zurück ? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- auf Krankheit.....
- auf Operation.....
- auf Unfall.....
- auf körperliche Belastung.....
- auf seelische Belastung .....
- auf Vererbung.....
- auf eine andere Ursache: \_\_\_\_\_
- für mich ist keine Ursache erkennbar .....

33. Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste an, wie sich die genannten Bedingungen auf Ihre **Hauptschmerzen** auswirken. Bitte machen Sie in **jeder** Zeile ein Kreuz; wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

- |   | kein<br>Einfluß          | ver-<br>stärkend         | lindernd                 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Körperliche Belastung (z.B. Treppen gehen, Lasten heben, Tragen)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychische Belastung (z.B. Streß, Ärger, Aufregung).....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einseitige Körperhaltung (z.B. längeres Sitzen, Stehen, Gehen).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Häufiger Lagewechsel, Bewegung, Herumlaufen.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sich ausruhen, hinlegen, ruhighalten.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Meine Schmerzen sind **durch nichts zu beeinflussen**                      stimmt nicht                       stimmt

34. Bitte kreuzen Sie an, welche **Begleiterscheinungen** zusammen mit Ihren **Hauptschmerzen** auftreten.

Bitte machen Sie in **jeder** Zeile ein Kreuz, wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

Es treten **keine Begleiterscheinungen** zusammen mit meinen Hauptschmerzen auf .....

Es treten **folgende Begleiterscheinungen** auf:

- |  | immer                    | häufig                   | gelegent-<br>lich        | nie                      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Übelkeit.....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erbrechen.....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lichtempfindlichkeit.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geräuschempfindlichkeit.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sehstörungen, wie z.B. Flimmern vor den Augen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwellung und / oder Rötung im Schmerzgebiet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überempfindlichkeit der Haut im Schmerzgebiet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige _____                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige _____                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

35. Wurden Sie wegen **aller Ihrer Schmerzen** schon einmal operiert? ja  nein

**Art der Operation:**

**Datum:**  
**linderung (in Monaten):**

**Dauer der Schmerz-**

1. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

2. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

3. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

4. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

Tag      Monat      Jahr

wenn **mehr als 4** Schmerzoperationen: 

--	--

 mal operiert

36. Wurden bei Ihnen andere, **nicht schmerzbezogene Operationen** durchgeführt ? ja  nein

**Art der Operation:**

**Datum:**

1. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

2. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

3. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

4. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

5. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

6. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

Tag      Monat      Jahr

37. **Haben Sie Unfälle gehabt:** ja  nein

Wenn ja:

**Datum:**

1. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

2. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

3. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

4. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

Tag      Monat      Jahr

38. Geben Sie möglichst **alle Medikamente** an, die Sie **in den letzten 6 Monaten** eingenommen haben. Geben Sie auch an, ob Sie die Medikamente regelmäßig einnehmen (z.B. 3x1 Tbl.) oder "nach Bedarf".

Ich habe in den letzten 6 Monaten **keine** Medikamente genommen.....   
 Ich habe in den letzten 6 Monaten folgende Medikamente genommen:

Medikament	Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen)	Dosierung	Zeitraum
<b>Beispiel:</b> Paracetamol	Tabl. 500 mg	3 x 1 pro Tag	Jan. - März 1997

Haben Sie früher andere Medikamente gegen Ihre Schmerzen eingenommen ? ja  nein

Wenn ja, an welche können Sie sich erinnern: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

39. Wurde bei Ihnen ein **Medikamenten-Entzug** durchgeführt ? ja  nein

wenn ja, wann und wo ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

40. Hatten Sie im **Erwachsenenalter** andere **schwerwiegende Erkrankungen** ?  
 Bitte Zutreffendes ankreuzen und bei jeder Erkrankung die genauen Angaben machen:

1. **Herzerkrankungen** (z.B.: Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschwäche, Rhythmusstörungen) ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. **Kreislaufferkrankungen** (z.B.: Hochdruck, Unterdruck, Schlaganfall, Arterienverkalkung, Aneurysma) ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. **Bösartige Erkrankungen / Tumoren** ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Erkrankungen des Nervensystems wie Anfallsleiden (Epilepsie),  
Nervenleiden, Gemütskrankungen**

ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

**5. Stoffwechselerkrankungen** (z.B.: Diabetes (Zucker), Gicht, Erhöhung der  
Blutfettwerte, Schilddrüsen- und andere Hormondrüsen-Erkrankungen)

ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

**6. Lungenerkrankungen** (z.B.: chronischer Husten, Asthma, Bronchitis,  
Emphysem, Tuberkulose, Lungenentzündung)

ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

**7. Magen-Darm- und Enddarmkrankungen**

(z.B.: Entzündungen, Geschwüre, Blutungen)

ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

**8. Harnwegserkrankungen** (Niere, Blase, Harnröhre);

z. B.: Entzündungen, Steine, Blutungen, chronisches Nierenversagen

ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

**9. Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankung, Gallenleiden**

(z.B.: Entzündungen, Steine)

ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

**10. Unterleibserkrankungen, Erkrankungen der Geschlechtsorgane**

ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

**11. Unverträglichkeiten, Allergien** (z.B.: Pflaster, Lebensmittel,

Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub)

ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

**12. Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente?**

ja  nein

Wenn ja, gegen was: \_\_\_\_\_



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

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

ADS © 1993 Hogrefe

43. **Leben Sie in häuslicher Gemeinschaft** (Mehrfachantworten sind möglich):

- ich lebe mit Ehepartner/Partner .....
- ich lebe bei Eltern/Schwiegereltern.....
- ich lebe mit Kindern.....
- ich lebe mit anderen Verwandten .....
- ich lebe mit Freunden/Bekanntem.....
- nein, ich lebe allein.....

44. **Welchen Ausbildungs- bzw. Berufsstand haben Sie zur Zeit:**

- Schüler/in, Student/in, Auszubildende/r.....
- Umschüler/in.....
- Arbeiter/in.....
- Angestellte/r.....
- Beamter/in.....
- bin im Vorruhestand.....
- selbständig als \_\_\_\_\_.....
- Hausfrau / Hausmann.....

45. Welche **Schulbildung** haben Sie:

- keinen Abschluß.....
- Hauptschulabschluß.....
- Mittlere Reife .....
- Abitur .. .....
- Hochschule / Fachhochschule.....

46. Haben Sie eine **Berufsausbildung** ?

ja  nein

wenn ja, welche:

wenn ja, **arbeiten Sie noch in diesem Beruf** ?

ja  nein

**Welche Tätigkeit üben Sie momentan aus ?**

(Hausarbeit eingeschlossen, bei Arbeitslosigkeit zuletzt ausgeübte Tätigkeit):

\_\_\_\_\_

47. Wie schätzen Sie die **körperliche Belastung** durch Ihre momentane Tätigkeit ein?

- geringe körperliche Belastung.....
- mittlere körperliche Belastung.....
- hohe körperliche Belastung.....

**Die Fragen 48 bis 52 sind nur zu beantworten, wenn Sie derzeit in einem Arbeitsverhältnis stehen oder selbständig sind.**

48. Wer ist Ihr **Arbeitgeber**: \_\_\_\_\_

49. Ist Ihr **Arbeitsplatz** gefährdet ?

ja  nein

wenn ja, warum:    betriebsbezogen             krankheitsbedingt             sonstige Gründe

50. Sind Sie zur Zeit **wegen** Ihrer Schmerzen **arbeitsunfähig** ?

ja  nein

wenn ja, seit wann?

\_\_\_\_\_

Tag            Monat            Jahr

51. Wieviele Tage waren Sie **in den letzten 6 Monaten** wegen

Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig ?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

52. Glauben Sie, daß Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können ? ja  nein

53. **Falls Sie Hausfrau oder Hausmann sind:**

1. Können Sie zur Zeit **trotz Ihrer Schmerzen** Ihre normale Hausarbeit verrichten? ja  nein

wenn nein, seit wann nicht?  Tag  Monat  Jahr

2. Wieviele Tage konnten Sie in den letzten 6 Monaten **wegen Ihrer Schmerzen** Ihre normale Hausarbeit nicht verrichten? ca.  Tage

3. Glauben Sie, daß Sie Ihre normale Hausarbeit in Zukunft wieder verrichten können? ja  nein

54. Liegt bei Ihnen eine **Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)** bzw. **des Grades der Behinderung (GdB)** vor, oder haben Sie einen Antrag auf diese gestellt ?

MdE: nein  beantragt  ja  wenn ja, wieviel Prozent  %

GdB: nein  beantragt  ja  wenn ja, wieviel Prozent  %

55. Haben Sie einen **Rentenantrag** gestellt, der noch nicht entschieden ist ? ja  nein

wenn ja, wegen: \_\_\_\_\_ Datum:  Tag  Monat  Jahr

Beabsichtigen Sie einen Rentenantrag zu stellen? ja  nein

56. Beziehen Sie derzeit eine **Rente**? ja  nein

wenn ja, auf Zeit  endgültig  seit wann: Datum:  Tag  Monat  Jahr

wegen:

Erreichen der Altersgrenze .....

Vorgezogenes Altersruhegeld .....

Erwerbsunfähigkeit.....

Berufsunfähigkeit .....

BG-Rente.....

57. Sind Ihre Schmerzen Folge eines **Arbeitsunfalles** ? ja  nein

wenn ja, wann war der Arbeitsunfall? Datum:  Tag  Monat  Jahr

was ist passiert: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

58. Wie oft haben Sie **Ihren persönlichen Arzt** (Hausarzt, Internisten, Orthopäden) wegen nicht erfolgreicher Schmerzbehandlung **gewechselt** ?

Ich habe keinen persönlichen Arzt und konsultiere immer verschiedene Ärzte

ja  nein

Ich habe meinen persönlichen Arzt  mal gewechselt (bitte die Anzahl bzw. 0 eintragen).

59. Wie häufig haben Sie in den letzten **6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen** Ihre/n behandelnde/n Arzt/Ärzte aufgesucht?

Noch nie  ca. Termine

60. Wie häufig wurden bei Ihnen in den letzten **6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen** Behandlungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen, Akupunktur etc.) durchgeführt?

Noch nie  ca. Termine

61. Wieviele **Ärzte** haben Sie schätzungsweise **wegen Ihrer Schmerzen** insgesamt aufgesucht?

keine  ca.

Bitte notieren Sie soweit möglich jeweils Namen, Fachrichtung und Adresse von **Ärzten, Heilpraktikern und anderen Therapeuten**, bei denen Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits in Behandlung waren oder sind.

Name	Fachrichtung	Adresse	Zeitraum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

62. Wie oft wurden Sie **wegen Ihrer Schmerzen** im **Krankenhaus** behandelt?

nie   mal

Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** stationären Behandlungen (**Krankenhausaufenthalte**)

Name	Adresse	Zeitraum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

63. Wieviele **Kuren** (Rehabilitationsmaßnahmen) wurden bei Ihnen **wegen Ihrer Schmerzen** durchgeführt?

keine   Kuren/Reha

Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** Aufenthalte in **Kur- oder Rehabilitationskliniken**

Name	Adresse	Zeitraum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Patienten-Fragebogen zum Gesundheitszustand\*

\* SF-36 Health Survey, Copyright<sup>®</sup> 1992 Medical Outcomes Trust

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

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

### 64. 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

### 65. 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

### 66. 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

67. 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

68. 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

69. 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

70. 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

71. Inwieweit haben die **Schmerzen** Sie in den **vergangenen vier Wochen** bei der Ausübung Ihrer Alltagsstätigkeiten 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

72. In diesem 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

73. 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

74. 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

**Einverständniserklärung zur EDV-Speicherung**

Sofern Sie durch unsere Institution behandelt werden, werden Daten in einem EDV-Dokumentationssystem gespeichert. Diese Daten sind nach den Vorschriften der Datenschutzgesetze vor einem mutwilligen Zugriff geschützt und zu diesem System haben nur autorisierte Mitarbeiter direkten Zugang.

Die Daten werden in anonymisierter Form zur externen Qualitätssicherung klinikübergreifend eingesetzt.

Ihre Fragen beantworten wir Ihnen in einem persönlichen Gespräch gerne.

Gemäß den Vorgaben der Gesetze bitten wir Sie, sich mit einer Speicherung Ihrer persönlichen Daten einverstanden zu erklären.

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

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Einverständniserklärung zur Anforderung von Krankenunterlagen**

In Ihrem Sinne möchten wir unnötige diagnostische Maßnahmen und Zeitverzögerungen vermeiden. Wir bitten daher um Ihr Einverständnis, Krankenunterlagen anfordern zu können.

**Ich stimme zu, daß durch die Ärzte der Schmerzklinik der Universitätsklinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil Berichte, Befunde und Röntgenunterlagen von den im Fragebogen aufgeführten Ärzten und Therapeuten angefordert werden dürfen.**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich möchte, daß die in der Schmerzklinik erhobenen Untersuchungsbefunde und die therapeutischen Empfehlungen an folgende Ärzte und Therapeuten weitergeleitet werden (Name und Anschrift):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_