

Deutscher Schmerz-Fragebogen

Stempelfeld Schmerztherapeutische Einrichtung



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Copyright: www.dgss.org

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Ihre **freiwilligen** Angaben dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gesprächs und der Untersuchung. Bitte beantworten Sie möglichst **alle** Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ihre Fragebogendaten werden in unserem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, damit diese Ihren Therapeuten während Ihrer Behandlung jederzeit zur Verfügung stehen. Zugang haben nur berechnete Mitarbeiter unserer Abteilung, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Die folgenden vier Zeilen bitte nicht ausfüllen!

Patienten-Nr.: _____

Ausgabe-Datum: _____

Eingangs-Datum: _____

Erster Behandlungstermin: _____

Patient: _____ Datum beim Ausfüllen:

| | | | |
|-----|-------|------|--|
| | | | |
| Tag | Monat | Jahr | |

1. Geburtsdatum:

| | | | | | |
|-----|-------|------|--|--|--|
| | | | | | |
| Tag | Monat | Jahr | | | |

Alter: _____ Jahre

2. Geschlecht: männlich

weiblich

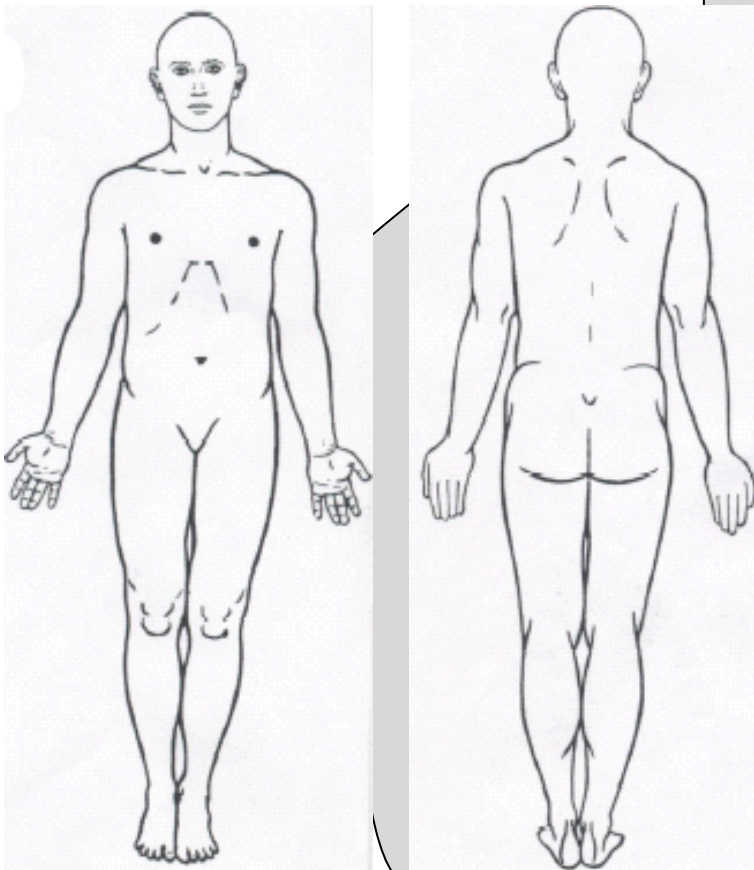
3. Körpergröße (cm):

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

4. Körpergewicht (kg):

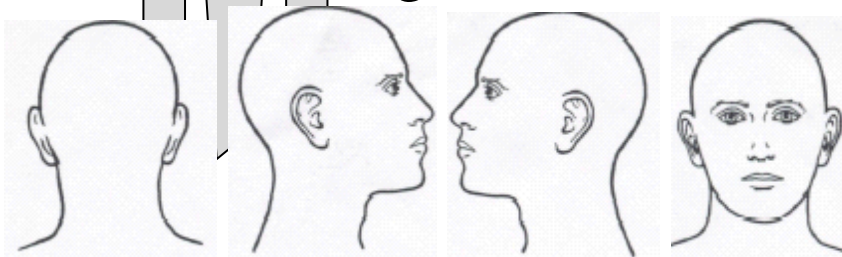
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

5. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

Horizontal lines for describing pain.



6. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung? _____

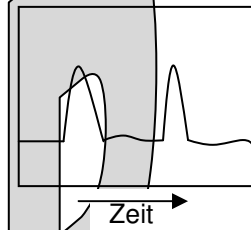
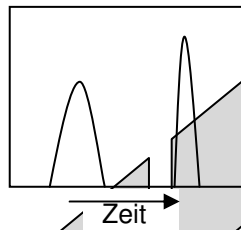
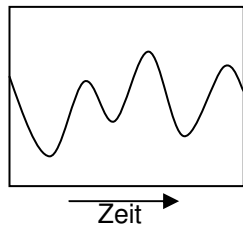
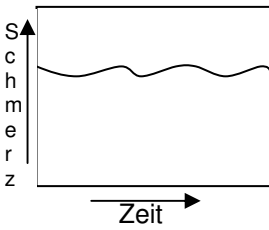
7. a) **Seit wann** bestehen diese Schmerzen?

- weniger als 1 Monat ½ Jahr bis 1 Jahr 2 bis 5 Jahre
- 1 Monat bis ½ Jahr 1 bis 2 Jahre mehr als 5 Jahre

b) Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind?

| | | | | | |
|-----|-------|------|--|--|--|
| | | | | | |
| Tag | Monat | Jahr | | | |

8. a) Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu?
(Bitte nur **eine** Angabe machen!)



1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen

3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei

4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

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

b) **Wie oft** treten diese Attacken durchschnittlich auf?

mehrfach täglich

einmal täglich

mehrfach wöchentlich

einmal wöchentlich

mehrfach monatlich

einmal monatlich

seltener:

c) **Wie lange** dauern diese Attacken durchschnittlich? Sekunden
Stunden bis zu drei Tagen

Minuten

länger als drei Tage

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark?
wenn ja: morgens mittags nachmittags

Ja abends

nein nachts

10. 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 der Beschreibungen aus und machen Sie **für jedes Wort ein Kreuz**, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.

Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

3 = trifft genau zu

2 = trifft weitgehend zu

1 = trifft ein wenig zu

0 = trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als

| | trifft genau zu | trifft weitgehend zu | trifft ein wenig zu | trifft nicht zu | | trifft genau zu | trifft weitgehend zu | trifft ein wenig zu | trifft nicht zu |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 3 | 2 | 1 | 0 | | 3 | 2 | 1 | 0 |
|dumpf | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |heiß | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|drückend | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |brennend | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|pochend | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |elend | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|klopfend | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |schauderhaft | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|stechend | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |scheußlich | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|ziehend | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |furchtbar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

11. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte **auf den unten aufgeführten Skalen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation). Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

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

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein stärkster
Schmerz vorstellbarer Schmerz

b) Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein stärkster
Schmerz vorstellbarer Schmerz

c) Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein stärkster
Schmerz vorstellbarer Schmerz

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

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein stärkster
Schmerz vorstellbarer Schmerz

12. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

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

an etwa Tagen

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

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

c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

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

d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

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

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

für mich ist **keine Ursache** erkennbar

auf eine bestimmte Krankheit wenn ja, welche? _____

auf eine Operation wenn ja, welche? _____

Datum der Operation: Tag | | | Monat | | | Jahr | | |

auf einen Unfall wenn ja, welchen? _____

Datum des Unfalls: Tag | | | Monat | | | Jahr | | |

auf körperliche Belastung

auf seelische Belastung

auf eine andere Ursache wenn ja, welche? _____

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

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

14. Was machen Sie selbst, um Ihre **Schmerzen günstig zu beeinflussen**?
Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ...

Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen

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

Ich weiß es nicht

16. Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in der letzten Woche meistens geföhnt haben. Kreuzen Sie dazu auf der 6-stufigen Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

| | trifft gar nicht zu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | trifft vollkommen zu |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Trotz der Schmerzen würde ich sagen: | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Ich habe mich behaglich geföhnt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Ich habe mein Leben genießen können. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Ich habe mich richtig freuen können. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

17. Fragen zu Ihrem Befinden

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

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:

D: _____ A: _____ S: _____

18. a) **Von wem** wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht oder behandelt**?

- Keine** Behandlung
- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| Allgemeinarzt <input type="radio"/> | Neurochirurg <input type="radio"/> | Psychotherapeut <input type="radio"/> |
| Chirurg <input type="radio"/> | Neurologe <input type="radio"/> | Radiologe <input type="radio"/> |
| Heilpraktiker <input type="radio"/> | Orthopäde <input type="radio"/> | Schmerztherapeut <input type="radio"/> |
| Internist <input type="radio"/> | Psychiater <input type="radio"/> | Andere: _____ <input type="radio"/> |

b) Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt? ja nein

wenn ja, welche? _____

19. **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.

| | Erhalten: | Wenn ja → | ja | wirksam? vorübergehend | nein |
|--|-----------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| bisher keine Schmerzbehandlung | <input type="radio"/> | | | | |
| Medikamente | <input type="radio"/> | → <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"/> | <input type="radio"/> |
| Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden | <input type="radio"/> | → <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"/> | <input type="radio"/> |
| Rückenmarksnahen Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme | <input type="radio"/> | → <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"/> | <input type="radio"/> |
| Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie | <input type="radio"/> | → <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"/> | <input type="radio"/> |
| Akupunktur | <input type="radio"/> | → <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Chiropraktik | <input type="radio"/> | → <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"/> | <input type="radio"/> |
| Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback | <input type="radio"/> | → <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"/> | <input type="radio"/> |
| Kur-/Reha-Behandlung | <input type="radio"/> | → <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Anderes: _____ | <input type="radio"/> | → <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

20. Wurden Sie schon einmal **operiert**? ja wie oft? mal nein

Wichtig sind für die Beantwortung dieser Frage auch alle „kleineren operativen Eingriffe“, die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, z.B. Nasenoperationen, Gelenk- und Bauchspiegelungen. Bitte markieren Sie, welche Operation **wegen Ihrer Schmerzen** durchgeführt wurde.

| Art der Operation: | Datum: | wg. Schmerz? ↓ |
|--------------------|--|-----------------------|
| 1. _____ | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="radio"/> |
| 2. _____ | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="radio"/> |
| 3. _____ | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="radio"/> |
| 4. _____ | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="radio"/> |
| 5. _____ | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="radio"/> |

Tag Monat Jahr

24. Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen**? Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte. Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. „0“ bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3“ besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

| | |
|---|---|
| <p>Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs</p> <p>Welche Erkrankung: _____</p> | <p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p> |
| <p>Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks</p> <p>z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall</p> <p>Andere: _____</p> | <p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p> |
| <p>Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung</p> <p>Andere: _____</p> | <p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p> |
| <p>Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronäre Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie</p> <p>Andere: _____</p> | <p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p> |
| <p>Magen-, Darmerkrankungen z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit); Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels); Zustand nach Magen- oder Darmblutung</p> <p>Andere: _____</p> | <p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p> |
| <p>Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse</p> <p>z.B. Chronische Leberentzündung (= Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse</p> <p>Andere: _____</p> | <p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p> |
| <p>Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung, Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen</p> <p>Andere: _____</p> | <p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p> |
| <p>Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Erhöhung der Blutfettwerte</p> <p>Andere: _____</p> | <p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p> |
| <p>Hauterkrankungen z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme</p> <p>Andere: _____</p> | <p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p> |
| <p>Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes</p> <p>z.B. Chronische Polyarthritis, M.Bechterew; rheumatische Muskelentzündung, Skoliose; Osteoporose; Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk; Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers</p> <p>Andere: _____</p> | <p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p> |
| <p>Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Mager-sucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose</p> <p>Andere: _____</p> | <p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p> |
| <p>Andere Erkrankungen</p> <p>_____</p> | <p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p> |
| <p>Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV</p> <p>Andere: _____</p> | <p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> |
| <p>Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub</p> | <p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> |

Modul D**Demographie, Versicherung**

D-1. Nachname: _____ Vorname: _____
Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____
Tag Monat Jahr

D-2. Geschlecht: männlich weiblich

D-3. Körpergröße (cm): _____ Körpergewicht (kg): _____

D-4. PLZ: _____ Wohnort: _____
Straße: _____
Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____
Handy: _____ e-mail: _____

D-5. **Entfernung** von Ihrer Wohnung bis zu **unserer** Praxis / Klinik (in km): ca. _____

D-6. Nationalität: _____ Muttersprache: _____

D-7. Name, Adresse und Telefon-Nummer Ihres **überweisenden Arztes**:

D-8. Name, Adresse und Telefon-Nummer der **Ärzte oder Psychotherapeuten**, die Sie zurzeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage D-7):

D-9. Krankenversicherung für **ambulante** Behandlung: _____
zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse: _____

D-10. Krankenversicherung für **stationäre** Behandlung: _____

D-11. **Beihilfe**-Berechtigung: nein ja durch: _____

D-12. Behandlung aufgrund eines **anerkannten BG-Verfahrens** (Arbeits- oder Wegeunfall) ja nein

D-13. Haben Sie eine **Krankentagegeldversicherung**? ja nein

D-14. Besteht eine **Zusatzversicherung**? ja nein

D-15. **Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt?** (Mehrfachantworten sind möglich):
ich lebe allein Ehepartner/Partner Kinder (Schwieger-)Eltern

D-16. Welche **Schulbildung** haben Sie? keinen Abschluss Hauptschule / Volksschule
Realschule / Mittlere Reife Fachhochschulreife Abitur / allgemeine Hochschulreife

D-17. Welche Berufsausbildung haben Sie: _____

Modul S Sozialrechtliche Situation

S-1. Sind Sie zurzeit **berufstätig**? (trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind)
 ja, ich bin zurzeit berufstätig, d.h. habe einen Arbeitsplatz → weiter bei Frage S-2
 nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig
 Ich habe zuletzt gearbeitet als (bitte eintragen): _____
 _____ → weiter bei Frage S-5

Die Fragen S-2 bis S-4 bitte beantworten, wenn Sie zurzeit berufstätig sind (auch bei Krankschreibung)

S-2. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? _____

S-3. Sind Sie **zurzeit arbeitsunfähig**? ja nein
 wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz** ja nein
zurückkehren können? ja nein

S-4. 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 _____

 Tag Monat Jahr

Die Frage S-5 bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind.

S-5. Wenn Sie zurzeit **nicht berufstätig** sind, sind Sie ...
 Schüler/in, Student/in Hausfrau / Hausmann berentet
 arbeitslos / erwerbslos seit _____ / _____ (Monat/Jahr)

S-6. Beabsichtigen Sie einen **Renten-Antrag** oder einen **Antrag auf Renten-Änderung** zu stellen? ja nein
 Haben Sie einen **Rentenantrag** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?
 nein ja
 wenn ja, wegen: _____ am: _____
 Tag Monat Jahr
 Ist bereits ein **Rentenantrag abgelehnt** worden? ja nein
 Befindet sich derzeit ein Rentenantrag im **Widerspruchsverfahren**? ja nein

S-7. Beziehen Sie **derzeit eine Rente**? ja nein
 wenn ja, auf Zeit bis wann: _____
 endgültig seit wann: _____
 Tag Monat Jahr
wenn ja, Berentung welcher Art?
 Vorgezogenes Altersruhegeld Teilweise Erwerbsminderung
 Berufsunfähigkeit Volle Erwerbsminderung
 Erwerbsunfähigkeit Unfallrente
 Erreichen der Altersgrenze Witwen- oder Waisenrente

S-8. Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten **Grad der Behinderung**? (GdB) ja nein → wenn ja, wie hoch ist der GdB? _____
 Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt? ja nein

Modul L Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Ihre Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie gut Sie Ihre Alltagstätigkeiten ausüben können.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei der Antwort auf eine Frage unsicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich.

| | aus-gezeichnet | sehr gut | gut | weniger gut | schlecht |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Gesundheit bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

| | ja, stark eingeschränkt | ja, etwas eingeschränkt | nein, überhaupt nicht eingeschränkt |
|---|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 2. mittelschwere Tätigkeiten (z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. mehrere Treppenabsätze steigen | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten?

| | nein, nie | ja, selten | ja, manchmal | ja, meistens | ja, immer |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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)?

| | nein, nie | ja, selten | ja, manchmal | ja, meistens | ja, immer |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Inwieweit haben Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt?

| | überhaupt nicht | ein wenig | mäßig | ziemlich | sehr |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich in den vergangenen 4 Wochen gefühlt haben und wie es Ihnen ergangen ist. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

| | immer meistens | ziemlich oft | manchmal | selten | nie |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wie oft fühlten Sie sich <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> ... | | | | | |
| 9. ruhig und gelassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. voller Energie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. entmutigt und traurig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

| | immer | meistens | manchmal | selten | nie |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

