



Schmerztherapeutische Tagesklinik

Leitung: OÄ Dr. med. U. Pauschinger
Sekretariat: Frau P. Körber
Tel.: 0911-7580-9715
Fax.: 0911-7580-9714

www.klinikum-fuerth.de
Buslinie 171 – Haltestelle Klinikum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Behandlung in unserer Schmerztherapeutischen Tagesklinik im Klinikum Fürth.

Beigefügt erhalten Sie zunächst einen **Fragebogen** zur Erhebung schmerzrelevanter und psychometrischer Daten.

Um uns ein möglichst umfassendes Bild über Ihre Erkrankungen und Beschwerden machen zu können, benötigen wir (**zwingend erforderlich!**) Ihre bisherigen ärztlichen Unterlagen, die im Zusammenhang mit Ihrer Schmerzerkrankung stehen. Sollten Sie die erforderlichen Berichte nicht zur Verfügung haben, wenden Sie sich bitte mit diesem Schreiben an Ihre behandelnden Ärzte.

Nur schriftliche Befunde:

- Hausarzt
- Orthopäde
- Krankenhaus-Berichte
- Röntgen-Befunde (CD's bitte nicht mitschicken, können nicht eingesehen werden)
- Neurologe
- Internist
- Reha-Berichte

Wir bitten darum, den ausgefüllten Fragebogen und Ihre Befunde/Berichte (**als Kopie**) an uns zurück zu senden (per Post oder auch gerne per Mail schmerztagesklinik@klinikum-fuerth.de).

Bitte beachten Sie, dass eine Bearbeitung Ihres Anliegens sowie eine Erstvorstellung in unserem Haus erst dann möglich sind, wenn die benötigten Unterlagen vollständig bei uns eingereicht wurden. Eine entsprechende Terminvereinbarung findet nach Eingang Ihrer Unterlagen statt. Hierfür werden wir uns zu gegebener Zeit telefonisch oder per Mail mit Ihnen in Verbindung setzen. Zur Erstvorstellung benötigen Sie eine **Krankenhaus-Einweisung** und Ihre **Krankenversicherungskarte**.

Erst nach der Erstvorstellung werden wir gemeinsam mit Ihnen besprechen, ob eine Therapie in unserem Hause Ihren Bedürfnissen entspricht bzw. welches unserer Programme für Sie geeignet ist.

Mit freundlichen Grüßen

Das Team der Schmerztherapeutischen Tagesklinik



Schmerztherapeutische Tagesklinik

Leitung: OÄ Dr. med. U. Pauschinger
Sekretariat: Frau P. Körber
Tel.: 0911-7580-9715
Fax.: 0911-7580-9714

www.klinikum-fuerth.de
Buslinie 171 – Haltestelle Klinikum

Schmerzfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen dient dazu, uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihrem Schmerzgeschehen zu machen.

Ihr Aufwand, das vorliegende Papier auszufüllen, ist uns durchaus bewusst.

Bitte bemühen Sie sich trotzdem, diesen Fragebogen sorgfältig zu bearbeiten und anschließend zu unterschreiben! Er gibt uns wichtige Informationen über die Entstehung Ihrer Schmerzen. Ihre Auskünfte bilden die Grundlage für eine optimale auf Sie abgestimmte Behandlung mit dem Ziel der Reduzierung Ihrer Schmerzen.

Der Schmerzfragebogen wurde nach den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen unter Mitarbeit mehrerer ärztlicher Fachgesellschaften verfasst.

Mit freundlichen Grüßen

Das Team der Schmerztherapeutischen Tagesklinik

Deutscher Schmerz-Fragebogen

**Schmerztherapeutische
Tagesklinik**
Ltd. OÄ Dr. med. U. Pauschinger
Klinikum Fürth
Jakob-Henle-Str. 1
90766 Fürth
Tel.: 09 11/75809715
Fax: 09 11/75809714



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 Gespräches 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 berechtigte Mitarbeiter unserer Abteilung, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Die folgenden vier Zeilen bitte nicht ausfüllen!

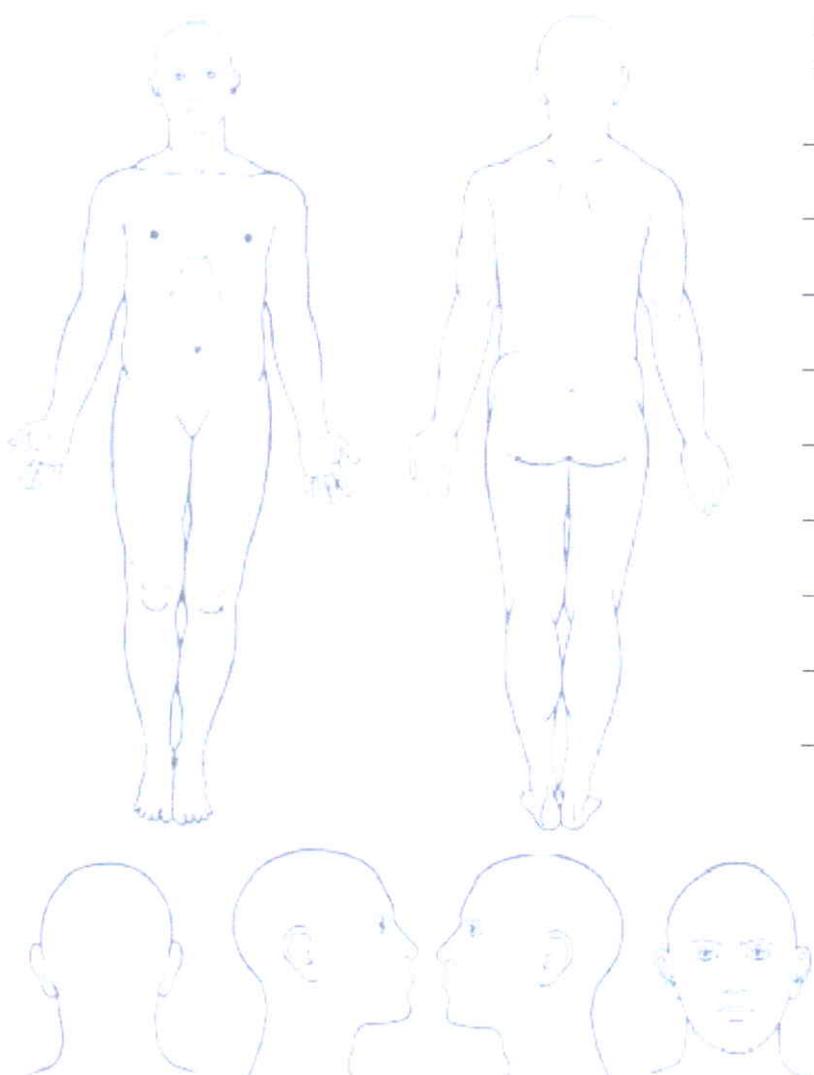
Patienten-Nr.:	_____
Ausgabe-Datum:	_____
Eingangs-Datum:	_____
Erster Behandlungstermin:	_____

Patient: _____ Datum beim Ausfüllen:

Tag	Monat	Jahr	

1. Geburtsdatum: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">Tag</td><td style="font-size: 8px;">Monat</td><td colspan="2" style="font-size: 8px;">Jahr</td></tr></table>					Tag	Monat	Jahr		Alter: _____ Jahre
Tag	Monat	Jahr							
2. Geschlecht: männlich <input type="radio"/>	weiblich <input type="radio"/>								
3. Körpergröße (cm): <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					4. Körpergewicht (kg): <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				

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



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

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

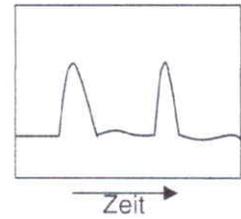
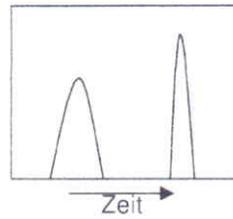
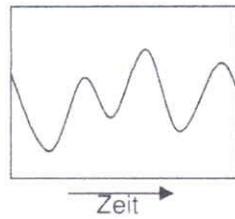
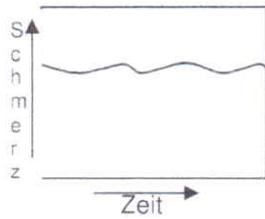
7. a) **Seit wann** bestehen diese Schmerzen?

weniger als 1 Monat <input type="radio"/>	½ Jahr bis 1 Jahr <input type="radio"/>	2 bis 5 Jahre <input type="radio"/>
1 Monat bis ½ Jahr <input type="radio"/>	1 bis 2 Jahre <input type="radio"/>	mehr als 5 Jahre <input type="radio"/>

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 Minuten
 Stunden bis zu drei Tagen länger als drei Tage

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

10. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftswörtern 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"/>

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

DASS © Nilges, Korb, Essau 2012

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 →	wirksam?		
			ja	vorübergehend	nein
bisher keine Schmerzbehandlung	<input type="radio"/>				
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	<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"/>
Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder 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"/>
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"/>
Chiropraktik	<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"/>
Kur-/Reha-Behandlung	<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"/>

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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
2. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
3. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
4. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
5. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
	Tag Monat Jahr	

21. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie **zurzeit** einnehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel u.s.w.)

Beispiele	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?
Beispiel: Ibuprofen 600	1 Tbl.	1 Tbl.	0	0		
Beispiel: Ibuprofen 200					X	ca. 7mal 1 Tbl.

Bitte hier Ihre Medikamente eintragen:	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?

22. **Frühere Schmerzmedikamente:** Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben. Bitte bewerten Sie auch deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen.

Ihre früheren Schmerz-Medikamente	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen?
	nein	etwas	ja	bitte beschreiben

23. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? ja nein

wenn ja, gegen welche?

--	--

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.

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

Modul D**Demographie, Versicherung**

D-1. Nachname: _____	Vorname: _____															
Geburtsname: _____	Geburtsdatum: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Tag</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Monat</td> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Jahr</td> </tr> </table>									Tag	Monat					Jahr
Tag	Monat					Jahr										
D-2. Geschlecht: männlich <input type="radio"/>	weiblich <input type="radio"/>															
D-3. Körpergröße (cm): <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>					Körpergewicht (kg): <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>											
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. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>																
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 <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> durch: _____
D-12. Behandlung aufgrund eines anerkannten BG-Verfahrens (Arbeits- oder Wegeunfall) ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
D-13. Haben Sie eine Krankentagegeldversicherung ? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
D-14. Besteht eine Zusatzversicherung ? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

D-15. Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt? (Mehrfachantworten sind möglich):
ich lebe allein <input type="radio"/> Ehepartner/Partner <input type="radio"/> Kinder <input type="radio"/> (Schwieger-)Eltern <input type="radio"/>

D-16. Welche Schulbildung haben Sie? keinen Abschluss <input type="radio"/> Hauptschule / Volksschule <input type="radio"/>
Realschule / Mittlere Reife <input type="radio"/> Fachhochschulreife <input type="radio"/> Abitur / allgemeine Hochschulreife <input type="radio"/>
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 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 **Rentenanspruch** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?
 nein ja
 wenn ja, wegen: _____ am:
Tag Monat Jahr
 Ist bereits ein **Rentenanspruch abgelehnt** worden? ja nein
 Befindet sich derzeit ein Rentenanspruch 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
 Berufsunfähigkeit
 Erwerbsunfähigkeit
 Erreichen der Altersgrenze
 Teilweise Erwerbsminderung
 Volle Erwerbsminderung
 Unfallrente
 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"/>				

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input 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"/>				
5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen	<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"/>				
7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen	<input type="checkbox"/>				

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben Schmerzen <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt?	<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"/>					
10. voller Energie?	<input type="checkbox"/>					
11. entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>					

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>				

Modul V **Vorbehandlungen**

V-1 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	in Behandlung von – bis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

V-2 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** stationären Behandlungen (**Krankenhausaufenthalte**)

Name	Adresse	von – bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

V-3 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** Aufenthalte in **Kur- oder Rehabilitationskliniken**

Name	Adresse	von – bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Platz für weitere Bemerkungen:

Schmerztherapeutische Tagesklinik
Tel. 0911/7580-9715
Fax. 0911/7580-9714



Entbindung von der Schweigepflicht

Patient/in: _____

Geb. am: _____

Ich bin mit der Anforderung von Unterlagen, die der Vervollständigung meiner Krankheitsgeschichte dienen, durch die

Schmerztherapeutische Tagesklinik am Klinikum Fürth
Jakob Henle Straße 1
90766 Fürth

einverstanden.

Ort, Datum

X _____
Unterschrift

BEFUNDANFORDERUNG

Wir bitten um Überlassung der für eine schmerztherapeutische Behandlung relevanten Befunde der o.g. Patientin/des o.g. Patienten. Für eine Übersendung bedanken wir uns und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Schmerztherapeutische Tagesklinik
Pamela Körber/Kai Winkelmann, Sekretariat