



Liebe Patientin, lieber Patient,

beigefügt erhalten Sie einen Fragebogen, mit der Bitte, diesen vollständig ausgefüllt und möglichst zeitnah an uns zurück zu geben. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Team der Schmerztherapeutischen Tagesklinik

VERLAUFSFRAGEBOGEN Wiederholungsgruppe

Diese Seite bitte nicht ausfüllen!

NAME: _____

GRUPPE: _____

DATUM: _____

ERFASSUNG:

RÜCKLAUF dokumentiert

DATEN AUSGEWERTET

ÜBERTRAG in AKTE

(SPSS)

Rückmeldung zum Zeitraum zwischen Therapieende und Wiederholungswoche

Liebe Patientin, lieber Patient!

Sie haben vor ca. 4-Monaten unser mehrwöchiges Behandlungsprogramm absolviert. Uns interessiert natürlich, wie die Zwischenzeit für Sie verlaufen ist. Wir möchten Sie deswegen bitten, folgende Fragen zu beantworten. Sie geben uns damit Aufschluss darüber, welche Aspekte der Behandlung wir in den Wiederholungswochen aufgreifen sollen. So können wir unser Behandlungskonzept weiter verbessern.

Was hat sich bei Ihnen seit Therapieende verändert?

Welche Therapieinhalte und Empfehlungen konnten Sie umsetzen?

Welche Therapieinhalte und Empfehlungen konnten Sie nicht umsetzen?

Wo gab es Schwierigkeiten die Therapieinhalte umzusetzen?

Bitte benennen Sie a) konkrete Ziele für die Wiederholungswoche und b) welche Themen jeweils in den verschiedenen Bereichen aufgegriffen werden sollen:

Ärztliche Therapie:

a)

b)

Bewegungstherapie:

a)

b)

Psychotherapie:

a)

b)

Entspannungstherapie:

a)

b)

Fragebogen für Wiederholungsgruppen

1. In den letzten ca. 4 Monaten gehe ich, bezogen auf früher, aufgrund der Schmerzen
 - weniger zu Ärzten.
 - weniger zu anderen Therapeuten (Krankengymnasten etc.).
 - gleich häufig zu Ärzten.
 - gleich häufig zu anderen Therapeuten.
 - häufiger zu Ärzten.
 - häufiger zu anderen Therapeuten.

2. In den letzten ca. 4 Monaten bin ich aufgrund Schmerzen
_____ x zu Ärzten gegangen.
_____ x zu Krankengymnasten gegangen.

3. In den letzten ca. 4 Monaten
 - habe ich meine bisherigen Schmerzmedikamente abgesetzt.
 - nehme ich; wie bereits vor der Therapie; **keine** regelmäßigen Schmerzmedikamente ein.
 - nehme ich regelmäßig Schmerzmedikamente ein, obwohl ich vor der Therapie keine eingenommen hatte.
 - in etwa gleich viele Schmerzmedikamente ein.
 - nehme ich **vermehrt** Schmerzmedikamente ein.

4. Meine durchschnittliche Schmerzstärke (NRS 0 = schmerzfrei, 10 = maximaler Schmerz) war/ist
 - vor der Therapie im NRS _____
 - direkt nach der Therapie _____
 - vor etwa 3 Monaten _____
 - heute _____

5. Rückblickend war die tagesstationäre Schmerztherapie für mich sinnvoll
 - ja
 - nein

6. Wenn **ja**, was waren die wesentlichen Therapieerfolge für mich?
 - weniger Schmerzen
 - weniger Angst vor meiner Erkrankung
 - weniger Angst vor Bewegung
 - weniger Medikamente
 - weniger Arzt-/Therapeutenbesuche
 - mehr Lebensqualität
 - größeres Wohlbefinden
 - Wiederaufnahme des Berufs
 - Bessere Bewältigung der häuslichen Pflichten
 - bessere Freizeitgestaltung
 - Vermeidung einer Operation
 - andere:

7. Wenn **nein**, was waren die Gründe?

Vielen Dank!

Schmerz-Verlaufsfragebogen

Stempelfeld Schmerztherapeutische Einrichtung



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)
© www.dgss.org

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

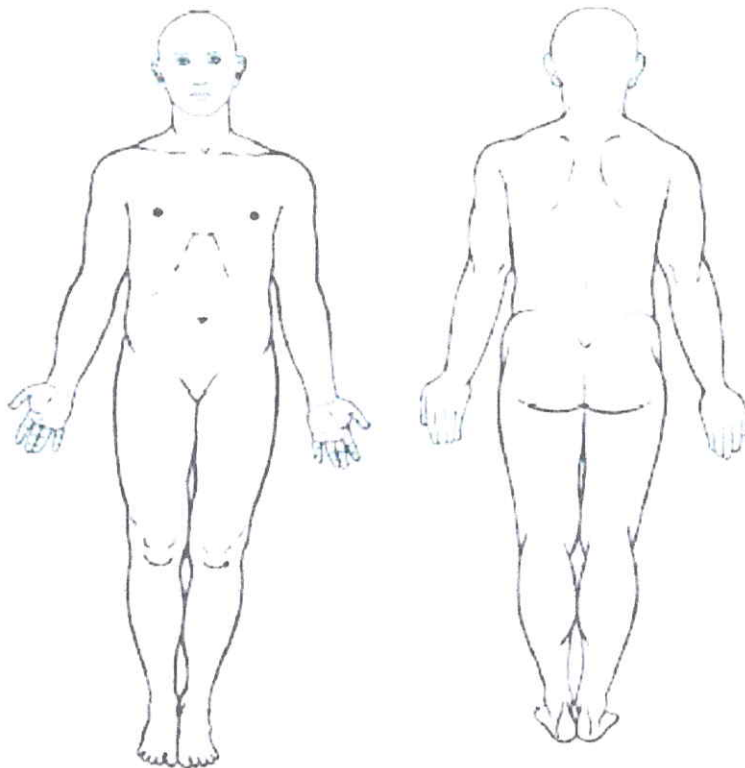
Sie waren oder sind wegen Ihrer _____ Schmerzen (bitte Ihre Schmerzen eintragen) in unserer Behandlung. Heute interessiert uns Ihr aktuelles Befinden. Wir bitten Sie daher **alle** Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen.

Name: _____ Datum beim Ausfüllen:

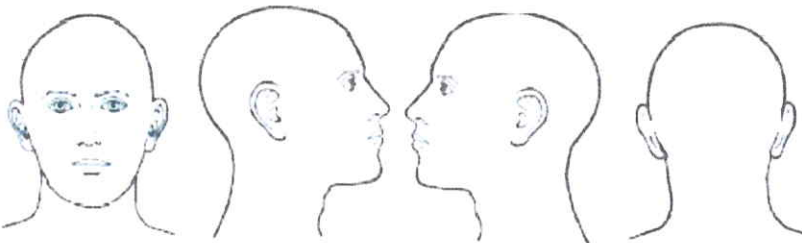
Tag	Monat			Jahr	

1. Ich habe diese Schmerzen nicht mehr -> bitte weiter bei Frage 7
Ich habe diese Schmerzen noch -> bitte weiter bei Frage 2

2. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen derzeit auftreten.

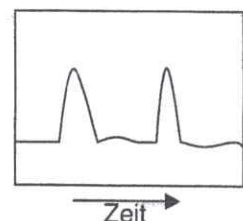
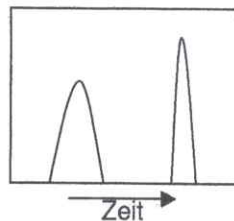
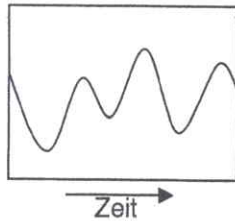
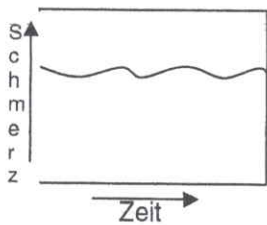


Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:



3. Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten vier Wochen am besten zu?

a) zeitlicher Verlauf (nur **eine** Angabe!)



1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen

3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei

4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bilder 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?

Stunden

Sekunden

bis zu drei Tage

Minuten

länger als drei Tage

4. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie **auf den unten aufgeführten Skalen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen (unter Ihrer üblichen Medikation) empfinden.

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

[0]
kein
Schmerz

[1]

[2]

[3]

[4]

[5]

[6]

[7]

[8]

[9]

[10]
stärkster
vorstellbarer Schmerz

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

[0]
kein
Schmerz

[1]

[2]

[3]

[4]

[5]

[6]

[7]

[8]

[9]

[10]
stärkster
vorstellbarer Schmerz

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

[0]
kein
Schmerz

[1]

[2]

[3]

[4]

[5]

[6]

[7]

[8]

[9]

[10]
stärkster
vorstellbarer Schmerz

5. 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"/>

6. 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 Beeinträchtigung völlige 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 Beeinträchtigung völlige 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 Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

7. Aktuelle Medikamenten-Einnahme

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

Ihre Medikamente	regelmäßige Einnahme				nehme das Medikament nur bei Bedarf	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr <u>wie oft</u> pro Monat?

8. Haben Sie **in den letzten 3 Monaten** wegen Schmerzen einen weiteren **Arzt** oder andere Einrichtungen und Leistungen in Anspruch genommen?

Nein

Ja

Praktischer Arzt / Allgemeinarzt ___ mal

Orthopäde ___ mal

Internist ___ mal

Ambulanz im Krankenhaus ___ mal

andere Ärzte: _____ mal

Stationärer Krankenhausaufenthalt ___ Tage

Reha-Leistungen

9. 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 zutrif. 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

DASS © Nilges, Korb, Essau 2012

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:

D: _____ A: _____ S: _____

10. 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.

Trotz der Schmerzen würde ich sagen:	trifft gar nicht zu			trifft vollkommen zu		
	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"/>
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	<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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

FW7 © Herda, Scharfenstein u. Basler 1998

11. **Hat sich in der Zwischenzeit an Ihrer beruflichen Situation bzw. Arbeitsfähigkeit etwas verändert?**

11a. nein, unverändert, wie zu Beginn der Behandlung

Ja, geändert , und zwar:

ich bin wieder berufstätig

ich bin nicht mehr berufstätig

ich bin aufgrund der Schmerzen nur noch in Teilzeit beschäftigt

ich bin aufgrund der Schmerzen unter erleichterten Bedingungen beschäftigt

ich habe inzwischen einen Rentenantrag gestellt

ich bin inzwischen berentet

sonstige Veränderungen _____

11b. Wenn Sie berufstätig sind, an wie vielen Tagen waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?

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

12. Können Sie sagen, **um wie viel Prozent Ihre Schmerzen abgenommen haben?** um ca. %

13. Wenn Sie alles zusammen betrachten, wie beurteilen Sie den bisherigen **Erfolg Ihrer Behandlung?**

sehr gut

gut

zufrieden stellend

weniger gut

schlecht

Haben Sie noch weitere Bemerkungen? _____

FESV

BW

Name: _____ Datum: _____

Im Folgenden sind einige Möglichkeiten aufgeführt, Schmerzen zu kontrollieren bzw. etwas gegen die Schmerzen zu tun. Bitte geben Sie an, inwiefern diese Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

Bei jeder Aussage haben Sie 6 Antwortmöglichkeiten:

„6“ = „stimmt vollkommen“
 „5“ = „stimmt weitgehend“
 „4“ = „stimmt ein wenig“

„3“ = „stimmt eher nicht“
 „2“ = „stimmt weitgehend nicht“
 „1“ = „stimmt überhaupt nicht“

Beziehen Sie sich bei der Beantwortung auf Ihre **typischen Schmerzen in den letzten Tagen**.

Bitte machen Sie **ein Kreuz auf die Zahl**, die für Sie persönlich am besten zutrifft.

Bitte machen Sie **in jeder Zeile ein Kreuz**. (Wenn eine Aussage für Sie nicht zutrifft, überspringen Sie diese Zeile nicht, sondern kreuzen Sie eine „1“ an.)

	stimmt vollkommen				stimmt überhaupt nicht	
	6	5	4	3	2	1
1. Wenn ich Schmerzen habe, habe ich einen Plan, wie ich vorgehe.	6	5	4	3	2	1
2. Wenn ich Schmerzen habe, erinnere ich mich an das, was ich mir für einen solchen Fall vorgenommen habe.	6	5	4	3	2	1
3. Wenn die Schmerzen stärker werden, treffe ich Vorbereitungen, um sie besser aushalten zu können.	6	5	4	3	2	1
4. Wenn ich Schmerzen habe, habe ich meist eine Anzahl von Möglichkeiten parat, sie zu bekämpfen.	6	5	4	3	2	1
5. Wenn ich Schmerzen habe, wäge ich sie gegen die guten Seiten des Lebens ab.	6	5	4	3	2	1
6. Wenn ich Schmerzen habe, sage ich mir, dass ich viel besser damit zurecht komme als früher.	6	5	4	3	2	1
7. Wenn ich Schmerzen habe, sehe ich ein, dass ich mich mit ihnen arrangieren muss.	6	5	4	3	2	1
8. Wenn ich Schmerzen habe, sage ich mir „durch die Schmerzen lerne ich erst richtig, die schmerzfreien Zeiten zu genießen“.	6	5	4	3	2	1
9. Wenn ich Schmerzen habe, bin ich mir sicher, dass ich es schaffen werde.	6	5	4	3	2	1
10. Wenn ich Schmerzen habe, gebe ich nicht auf.	6	5	4	3	2	1
11. Wenn ich Schmerzen habe, habe ich trotzdem das Gefühl sie zu beherrschen.	6	5	4	3	2	1
12. Wenn ich Schmerzen habe, klopfе ich mir innerlich auf die Schulter, weil ich mich nicht habe unterkriegen lassen.	6	5	4	3	2	1

	stimmt vollkommen				stimmt überhaupt nicht	
13. Wenn ich Schmerzen habe, lenke ich mich durch das Hören schöner Musik ab.	6	5	4	3	2	1
14. Wenn ich Schmerzen habe, lese ich etwas Schönes/etwas Spannendes.	6	5	4	3	2	1
15. Wenn ich Schmerzen habe, blättere ich in Illustrierten.	6	5	4	3	2	1
16. Wenn ich Schmerzen habe, schaue ich Fernsehen oder Video.	6	5	4	3	2	1
17. Wenn ich Schmerzen habe, lenke ich mich durch Tätigkeiten in Haus oder Garten ab.	6	5	4	3	2	1
18. Wenn ich Schmerzen habe, überdenke ich sie, indem ich einfach mit meiner Arbeit weiter mache.	6	5	4	3	2	1
19. Wenn ich Schmerzen habe, stürze ich mich in die Arbeit.	6	5	4	3	2	1
20. Wenn ich Schmerzen habe, beteilige ich mich aktiv an geselligen Runden bzw. suche den Kontakt zu Menschen, um mich abzulenken.	6	5	4	3	2	1
21. Wenn ich Schmerzen habe, wende ich eine Entspannungstechnik an (z.B. Autogenes Training, Muskelentspannungstraining).	6	5	4	3	2	1
22. Wenn ich Schmerzen habe, denke ich an entspannende Worte wie „Ruhe“.	6	5	4	3	2	1
23. Wenn ich Schmerzen habe, konzentriere ich mich auf einen ruhigen und gleichmäßigen Atem.	6	5	4	3	2	1
24. Wenn ich Schmerzen habe, wandele ich sie im Geiste in eine andere Empfindung um, z.B. angenehme Wärme oder angenehme Kühle.	6	5	4	3	2	1

Kontrollieren Sie bitte noch einmal, ob Sie auch nichts ausgelassen haben.