

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

beigefügt erhalten Sie zunächst einen Fragebogen zur Erhebung schmerzrelevanter Daten.
Bitte füllen Sie diesen **vollständig** aus.

Um uns ein möglichst umfassendes Bild über Ihre Beschwerden machen zu können, benötigen wir **(zwingend erforderlich!)** Ihre bisherigen ärztlichen Unterlagen, die im Zusammenhang mit Ihrer Schmerz Erkrankung/Beschwerden stehen.

Nur schriftliche Befunde (bitte als Kopie, Befunde können bei uns nicht kopiert werden!) wie z.B.

- Hausarzt/Internist
- Neurologen
- Orthopäden
- Krankenhaus/Reha-Berichte
- Röntgen-Befunde (CDs bitte nicht mitschicken, können nicht eingesehen werden)

Sollten Ihnen die erforderlichen Berichte nicht zur Verfügung stehen, wenden Sie sich bitte mit diesem Schreiben an Ihre behandelnden Ärzte.

Wir bitten Sie, den **Fragebogen** sowie Ihre **Befunde und Berichte** uns **vorab per Post oder auch gerne per Mail** (schmerzpraxis@kf-mvz.de) zukommen zu lassen, damit wir Ihre Unterlagen vor dem Termin bereits durchsehen und bearbeiten können.

WICHTIG!! Sollten Sie Ihren Termin in unserer Schmerzpraxis nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir für Ihren Termin viel Zeit einplanen und diese Ihnen dann in Rechnung (§615 BGB - Ausfallentschädigung) stellen müssen.

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift bestätigen Sie, die Richtigkeit Ihrer Angaben im Deutschen Schmerz-Fragebogen und dass Sie diese Patienteninformation erhalten und verstanden haben.

Datum

Unterschrift Patient/-in



Praxis für Schmerztherapie

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 Praxis für Schmerztherapie

Deutscher Schmerz-Fragebogen

Stempelfeld Schmerztherapeutische Einrichtung

**Klinikum Fürth MVZ
Praxis f. Schmerztherapie**

Standort Jakob-Henle-Str. 1 | 90766 Fürth
Dr. med. Ursula Pauschinger
Tel: 0911/80191384 | Fax: 0911/80191386
BSNR: 661020400 | LANR: 898151704
Ärztl. Leitung Dr. med. Anja Forster



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Dezember 2024

Die Schutzrechte liegen bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

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.

Alle Angaben, die Sie in diesem Fragebogen machen, werden streng vertraulich behandelt.

Wichtige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Der Fragebogen besteht aus mehreren Teilen. Bitte lesen Sie die jeweiligen Anleitungen zur Beantwortung der Fragen genau und gehen Sie die Teile des Fragebogens der Reihe nach durch.

Beantworten Sie die Fragen, indem Sie ein Kreuz im entsprechenden Kästchen setzen:

z. B.

oder Ihre Antwort an die durch einen Unterstrich gekennzeichnete Stelle schreiben:

z. B. Rückenschmerzen

Zahlen tragen Sie bitte in die vorgegebenen Kästchen ein:

z.B. Tage

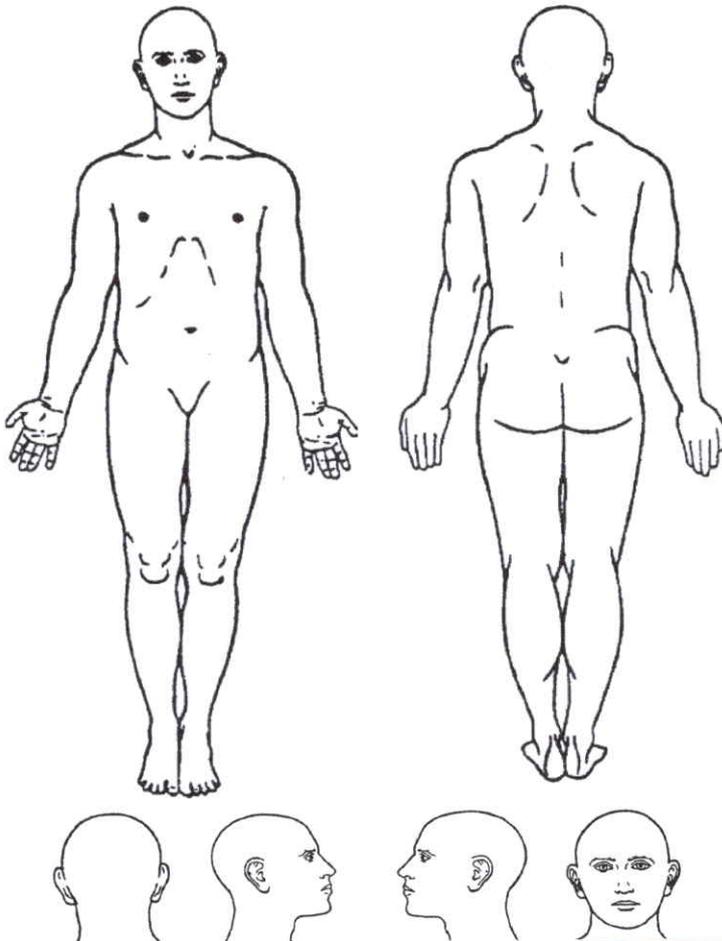
Bitte lassen Sie keinen Teil des Fragebogens aus und beantworten Sie **alle** Fragen.

Herzlichen Dank!

Bitte tragen Sie hier **das heutige Datum** ein:

Tag Monat Jahr

1. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, **wo genau** Ihre Schmerzen auftreten.



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

2. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie **hauptsächlich** zur Behandlung? Mehrfachantworten sind möglich.

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Kopf / Gesicht | <input type="checkbox"/> | Nacken / Schultern | <input type="checkbox"/> |
| Arme / Hände | <input type="checkbox"/> | Oberer Rücken / Brustwirbelsäule | <input type="checkbox"/> |
| Unterer Rücken / Lendenwirbelsäule | <input type="checkbox"/> | Hüften / Gesäß | <input type="checkbox"/> |
| Beine / Füße | <input type="checkbox"/> | Bauchbereich (Ober- und Unterbauch) | <input type="checkbox"/> |
| Geschlechtsorgane / After | <input type="checkbox"/> | Schmerzen in einer Körperhälfte / im ganzen Körper | <input type="checkbox"/> |

Hinweis: Bitte beziehen Sie sich bei allen folgenden Fragen auf Ihre Schmerzen, wegen derer Sie **hauptsächlich** zur Behandlung kommen.

3a. Seit wann bestehen diese Schmerzen?

- weniger als 1 Monat ...
- 1 Monat bis 1/2 Jahr ...
- 1/2 Jahr bis 1 Jahr
- 1 bis 2 Jahre
- 2 bis 5 Jahre
- mehr als 5 Jahre

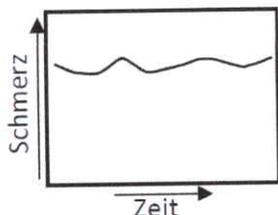
3b. Gibt es ein **genaues Datum**, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind?

ja → und zwar:

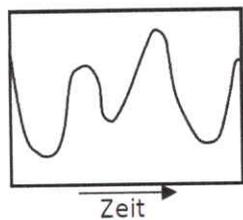
Tag Monat Jahr

nein

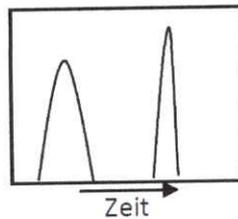
4a. Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen am besten zu?
Bitte nur **eine** Angabe machen!



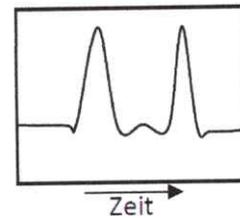
1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen



3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei



4) Dauerschmerzen, dazwischen zusätzliche Schmerzattacken

Falls Sie an **Schmerzattacken** leiden (d.h. wenn Sie Bild 3 oder Bild 4 angekreuzt haben), beantworten Sie bitte **zusätzlich** folgende Fragen:

4b. Wie oft treten die Attacken durchschnittlich auf?

- mehrfach am Tag
- einmal am Tag
- mehrfach in der Woche
- einmal in der Woche
- mehrfach im Monat
- einmal im Monat
- seltener als einmal im Monat

4c. Wie lange dauern diese Attacken durchschnittlich?

- Sekunden
- Minuten
- Stunden
- bis zu drei Tage
- länger als drei Tage ...

5. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark? Mehrfachantworten sind möglich.

- ja → wann? morgens ... mittags ... nachmittags ... abends ... nachts ...
nein ...

6. 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.

Ich empfinde meine Schmerzen als...	trifft genau zu 3	trifft weitgehend zu 2	trifft ein wenig zu 1	trifft nicht zu 0
... dumpf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... drückend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pochend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... klopfend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... stechend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ziehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... heiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... brennend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... elend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schauerhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... scheußlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... furchtbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. 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 OP:
Tag Monat Jahr

auf einen Unfall → wenn ja, welchen? _____

Unfalldatum:
Tag Monat Jahr

auf körperliche Belastung

auf seelische Belastung

auf eine andere Ursache → wenn ja, welche? _____

10. Können Sie selbst etwas tun, um Ihre Schmerzen **günstig zu beeinflussen**?

ja nein

Wenn ja, was tun Sie selbst, um Ihre Schmerzen **günstig zu beeinflussen**? Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ...

11. Wissen Sie, **was** Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen **auslöst oder verschlimmert**?

ja nein

Wenn ja, **was löst** Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen **aus oder verschlimmert sie**?

12. 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 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					trifft vollkommen zu	
	0	1	2	3	4	5	
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	<input type="checkbox"/>						
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	<input type="checkbox"/>						
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	<input type="checkbox"/>						
4. Ich habe mein Leben genießen können.	<input type="checkbox"/>						
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	<input type="checkbox"/>						
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	<input type="checkbox"/>						
7. Ich habe mich richtig freuen können.	<input type="checkbox"/>						

13. 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

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

D:

A:

S:

Bisherige Behandlungen

14. Wurden Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits untersucht oder behandelt?
 ja → bitte weiter bei Frage 15 nein → bitte weiter bei Frage 17

15a. Kreuzen Sie bitte die Facharzt- bzw. Berufsgruppe an, die Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bisher aufgesucht haben (Mehrfachantworten sind möglich).

- Hausarzt:in Neurochirurg:in Physiotherapeut:in Radiologe:in
 Chirurg:in Neurologe:in Psychiater:in Schmerztherapeut:in ...
 Internist:in Orthopäde:in Psychotherapeut:in ... Ergotherapeut:in
 Andere _____

15b. Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt?
 ja → wenn ja, welche? _____ nein

16. 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.

	Diese Maßnahmen erhalten?	→ wenn ja:	Wurden die Schmerzen hierdurch gelindert?		
			ja	zeitweise	nein
Medikamente	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infusionen	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenten-Entzug	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kur-/Reha-Behandlung	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes: _____	<input type="checkbox"/>	→ wenn ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hatten Sie schon einmal eine Operation, die **im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen** stand?
 ja → Wie oft? _____ mal nein → weiter bei Frage 18

Wenn ja, welche? Bitte notieren Sie diese Operationen:

Art der Operation	Jahr der Operation
1. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

18. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie in die Tabelle **alle Medikamente** ein, die Sie **zurzeit** einnehmen (z.B. Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel).

	Ihre aktuellen Medikamente	Stärke	Form	Ich nehme das Medikament regelmäßig:				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf:	
				morgens	mittags	abends	zur Nacht	ja?	Ungefähr wie oft pro Monat?
Beispiel	Ibuprofen ret.	800mg	Tablette	1	0	0	1		
Beispiel	Fentanyl	25µg/Std	Pflaster	1 (alle 3 Tage)	0	0	0		
Beispiel	Novaminsulfon	500mg/ml	Tropfen					X	3-4x je 40 Trpf. an ca. 3 Tagen

Bitte hier Ihre Medikamente eintragen:

19. **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 Schmerzmedikamente	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen
		nein	etwas	ja	
Beispiel	Tramadol		X		Übelkeit

20. **Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?**

ja
nein

Wenn ja, gegen welche?

Schmerz-Bewertungs-Skala

22. Die folgenden dreizehn Sätze beschreiben **verschiedene Gedanken und Gefühle**, die bei Schmerzen auftreten können. Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala eine Zahl bei jeder Frage, wie stark diese Gedanken und Gefühle auf Sie zutreffen, wenn Sie Schmerzen haben.

	trifft überhaupt nicht zu 0	trifft eher nicht zu 1	teils- teils 2	trifft eher zu 3	trifft immer zu 4
1. Ich mache mir ständig Sorgen, ob die Schmerzen wohl jemals wieder aufhören werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich denke, ich kann nicht mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Der Zustand ist schrecklich und ich denke, dass es nie mehr besser wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Der Zustand ist furchtbar und droht mich zu überwältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe das Gefühl, ich halte es nicht mehr aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich bekomme Angst, dass die Schmerzen noch stärker werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich denke ständig an andere Situationen, in denen ich Schmerzen hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich wünsche mir verzweifelt, dass die Schmerzen weggehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich kann nicht aufhören, an die Schmerzen zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich denke ständig daran, wie sehr es schmerzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich denke ständig daran, wie sehr ich mir ein Ende der Schmerzen herbeiwünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Es gibt nichts, was ich tun kann, um die Schmerzen zu lindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich mache mir Sorgen, dass die Schmerzen auf etwas Schlimmes hindeuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

23. In diesem Fragebogenabschnitt 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.

- | | ausgezeichnet | 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?

- | | nie | selten | manchmal | meistens | 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)?

- | | nie | selten | manchmal | meistens | 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 in den vergangenen 4 Wochen 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.

- | Wie oft fühlten Sie sich in den vergangenen 4 Wochen ... | immer | meistens | ziemlich oft | manchmal | selten | nie |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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 in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> |

Allgemeine Fragen zu Ihrer Person

24. Bitte beantworten Sie zum Abschluss noch die folgenden Fragen zu Ihrer Person.

1. Welches Geschlecht haben Sie?

männlich

weiblich

divers

2. In welchem Jahr wurden Sie geboren?

3. Was ist Ihr Familienstand?

ledig

verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft

geschieden / getrennt lebend

verwitwet

4. Leben Sie in einer festen Partnerschaft?

ja

nein

5. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Insgesamt Personen

6. Welchen **höchsten Schulabschluss** haben Sie?

Haupt- / Volksschulabschluss

Realschulabschluss / Mittlere Reife / Polytechnische Oberschule (POS)

Fachhochschulreife

Abitur / Allgemeine Hochschulreife / Erweiterte Oberschule (EOS)

anderen Schulabschluss

keinen Schulabschluss

7. Welche **Berufsausbildung** haben Sie abgeschlossen? Mehrfachnennungen sind möglich.

Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)

Fachschule / Fachakademie

Fachhochschule / Ingenieurschule

Universität / Hochschule

andere Berufsausbildung

keine Ausbildung

Ich befinde mich derzeit noch in beruflicher Ausbildung (Azubi, Praktikant:in, Student:in)

8. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie derzeit aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt?

Ich war noch nie berufstätig

9. Was auf der folgenden Liste **trifft auf Sie zu?** Ich bin derzeit...

- in Vollzeit erwerbstätig
- in Teilzeit erwerbstätig
- geringfügig beschäftigt / Minijob
- in beruflicher Ausbildung / Lehre / Umschulung
- Hausfrau:Hausmann
- Schüler:in
- Student:in
- Rentner:in / pensioniert
- arbeitsuchend / arbeitslos
- sonstiges

10. An wie vielen Tagen waren Sie **in den letzten 3 Monaten** krankgeschrieben?

Ich war ... an keinem Tag krankgeschrieben .
 ... an ungefähr Tagen krankgeschrieben.

11. Sind Sie **zurzeit** krankgeschrieben?

ja → wenn ja, seit wann?
Tag Monat Jahr
 → wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können?
 ja nein
 nein

12. Haben Sie einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (Frührente aus Gesundheitsgründen) gestellt?

ja → Der Antrag ... ist bewilligt worden.
 ... ist noch nicht entschieden.
 ... ist abgelehnt.
 ... befindet sich im Widerspruchs- / Klageverfahren.
 nein → Überlegen Sie derzeit, einen solchen Antrag zu stellen?
 ja nein

13. Wurde bei Ihnen ein durch das Versorgungsamt anerkannter **Grad der Behinderung (GdB)** festgestellt?

ja → wenn ja, wie hoch ist der Grad der Behinderung?
 nein

14. Sind Sie zurzeit **gefähig**? ja nein

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

Schutzrechte

Die Schutzrechte des Deutschen Schmerzfragebogens (DSF) liegen bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Der Deutsche Schmerzfragebogen enthält u.a.:

- Schmerzbeschreibungsliste (SBL): Korb 2006, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0
- Graded Chronic Pain Scale Items and Scoring (GCPS): Von Korff et al. 1992, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0
- Fragebogen zum Wohlbefinden (MFHW): Herda, Scharfenstein, Basler 1998, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0
- Depressivität, Angst und Stress bei Schmerzen (DASS): Nilges, Essau 2012, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0
- Schmerz-Bewertungs-Skala (PCS): Meyer et al. 2008
- Veterans RAND 12 Gesundheitsfragebogen (VR-12): Trustees of Boston University 2014, Dt. Version: Buchholz, Kohlmann 2015

Kontaktdaten

Bitte tragen Sie hier **das heutige Datum** ein:

Tag

Monat

Jahr

1. Nachname: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Tag

Monat

Jahr

2. PLZ: _____ Wohnort: _____

Straße: _____

Telefonnr.: _____

e-Mail: _____

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

4. Überweisende:r Ärzt:in:

Name: _____ Telefonnr.: _____

Adresse: _____

5. Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen, die Sie zurzeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage 4):

Name: _____ Telefonnr.: _____

Adresse: _____

6. Ihre Krankenversicherung: _____

7. Besteht eine Zusatzversicherung? ja ... nein ...

... wenn ja, welche? _____

8. Beihilfe-Berechtigung: ja ... nein ...

→ durch _____

9. Behandlung aufgrund eines anerkannten BG-Verfahrens (Arbeits- oder Wegeunfall) ja ... nein ...

10. Haben Sie eine Krankentagegeldversicherung? ja ... nein ...

Vorbehandlungen

1. Bitte notieren Sie soweit möglich jeweils Namen, Fachrichtung und Adresse **von Ärzt:innen, Heilpraktiker:innen und anderen Therapeut:innen**, bei denen Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits in Behandlung waren oder sind:

Name	Fachrichtung	Adresse	in Behandlung von - bis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

Name	Adresse	in Behandlung von - bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

Name	Adresse	in Behandlung von - bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. Wurden bei Ihnen aufgrund Ihrer Schmerzen **bildgebende Verfahren** durchgeführt (z.B. MRT, Röntgen, CT, Ultraschall)?

nein ja

Wenn ja, an welchen Körperteilen?

Wirbelsäule

Kopf, Becken, Hüfte, Gliedmaßen

Innere Organe: Lunge, Nieren, Darm, Magen

Brust (Mammographie)

Sonstiges

Wenn ja, wann zuletzt?

Tag	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Platz für weitere Bemerkungen:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Schweigepflichtsentbindung

Ich bin mit der Anforderung von Unterlagen, die der Vervollständigung meiner Krankheitsgeschichte dienen, durch die *Praxis für Schmerztherapie, MVZ Klinikum Fürth* einverstanden.

Ort, Datum

Patientenname

Unterschrift

Datenschutz

Wir legen großen Wert auf Datenschutz. Sollten Sie ausschließlich in der *Praxis für Schmerztherapie* behandelt werden, werden Ihre gesamten Daten ausschließlich in der Praxis archiviert.

Sollte für Sie auch eine Behandlung in der *Schmerztherapeutischen Tagesklinik* im Klinikum Fürth in Frage kommen, bitten wir Sie um die Genehmigung, Ihren Fragebogen und Ihre Befunde auch in der Tagesklinik verwenden und archivieren zu dürfen.

Ort, Datum

Patientenname

Unterschrift