

Sehr geehrte Patienten,

Sie haben seit mehreren Jahren Schmerzen und sollen nun in eine schmerztherapeutische Behandlung.

Ziel der Schmerztherapie ist es nicht eine Ursache für Ihre Schmerzen zu finden und diesbezüglich weitere Diagnostik einzuleiten, sondern die Erkrankung Schmerz fachgerecht mit Ihnen zu erörtern und realistische Therapieziele zu definieren und in seltenen Fällen auch eine komplette Schmerzreduktion zu erzielen.

Umso wichtiger ist es, dass Sie den Fragebogen ausführlich und vollständig ausfüllen, sowie Befunde (Kopien!) die zu Ihren Schmerzen gehören uns zukommen lassen.

Dies kann entweder persönlich in der Praxis erfolgen, oder über den Einwurf in unserem Briefkasten der sich im Gebäude befindet, welches am Wochenende geschlossen ist, oder als einfaches Einschreiben ohne persönliche Entgegennahme. Sollten Sie es als Einschreiben mit persönlicher Übergabe verschicken so wird dies nicht abgeholt und es kommt zu Ihnen zurück!

Aktuell ist ein absoluter Mangel an schmerztherapeutischen Kollegen hier in Nordwesten vorhanden und mir ist bewusst, dass jeder ein starken Leidensdruck hat, jedoch erlaube ich mir hinsichtlich der Behandlungsoptionen jeden Fall einzeln neu zu bewerten und in einigen Fällen komme ich dann auch leider zu dem Entschluss, dass ich keine Therapieoption für Ihren Fall habe. Dies wird dann durch meine sehr engagierte und freundliche medizinische Fachangestellte Ihnen telefonisch mitgeteilt.

Nachfragen hinsichtlich „warum“, oder „weshalb“ kann und wird sie nicht beantworten. Ich bitte auch um Nachfragen dann abzusehen. Sowohl meiner Mitarbeiterin als auch mir fällt es nicht leicht, jedoch kann auch ich nicht immer behilflich sein, was aber dann nicht bedeutet, dass niemand Ihnen helfen kann, nur ich kann Ihnen dann nicht helfen.

Auch erlaube ich mir Schmerzfragebögen die nicht vollständig ausgefüllt sind, ohne Befunde oder gar ordentlicher Überweisung nicht zu beachten. Es erfolgt von uns dann auch kein Anruf, dass Unterlagen fehlen, da dies den Rahmen sprengen würde. Also nochmals bitte ich Sie eindringlich die folgenden Seiten gewissenhaft und ausführlich zu bearbeiten und sich jede Frage genauestens durchzulesen.

Ich weiß viel ist zu beachten, aber gerade diejenigen die sich umso mehr bei der Ausfüllung der folgenden Seiten und die Besorgung der Befunde geben, denen kann vielfach besser geholfen werden und genau das ist unser gemeinsames Ziel, Ihnen möglichst die Erkrankung Schmerz nahezubringen und wie Sie damit besser umgehen können.

Wichtig: Sollte bei Ihnen lediglich nur die Fragestellung einer PRT auf der Überweisung stehen, damit die Krankenkassen die Behandlung übernehmen, ist leider auch der ganze Aufwand vonnöten, und es erfolgt keine Übernahme in die dauerhafte Behandlung!

Mit freundlichen Grüßen

Schmerzpraxis Westerstede
B. Fischer

Deutscher Schmerz-Fragebogen



Schmerzpraxis

Westerstede



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Dezember 2024

Die Schutzrechte liegen bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte den Fragebogen vollständig ausfüllen und keine Fragen auslassen, jedes Kästchen bearbeiten.

Den Fragebogen mitsamt den schriftlichen Befunden (keine CD/Röntgenaufnahmen) und der Erstüberweisung uns zusenden, erst dann erfolgt eine Terminvergabe, sofern wir eine Behandlungsoption sehen.

Zum Ersttermin dann bitte
Krankenkassenkarte und aktuelle Überweisung mitbringen
Bitte erscheinen Sie zum Ersttermin pünktlich, ansonsten findet der Termin nicht statt und wird unsererseits abgesagt.
Auch das "vergessen" einer Krankenkassenkarte führt dazu, dass der Termin nicht erfolgen kann!
Nicht vollständig ausgefüllter Fragebogen führt zu keiner Terminvergabe!

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.

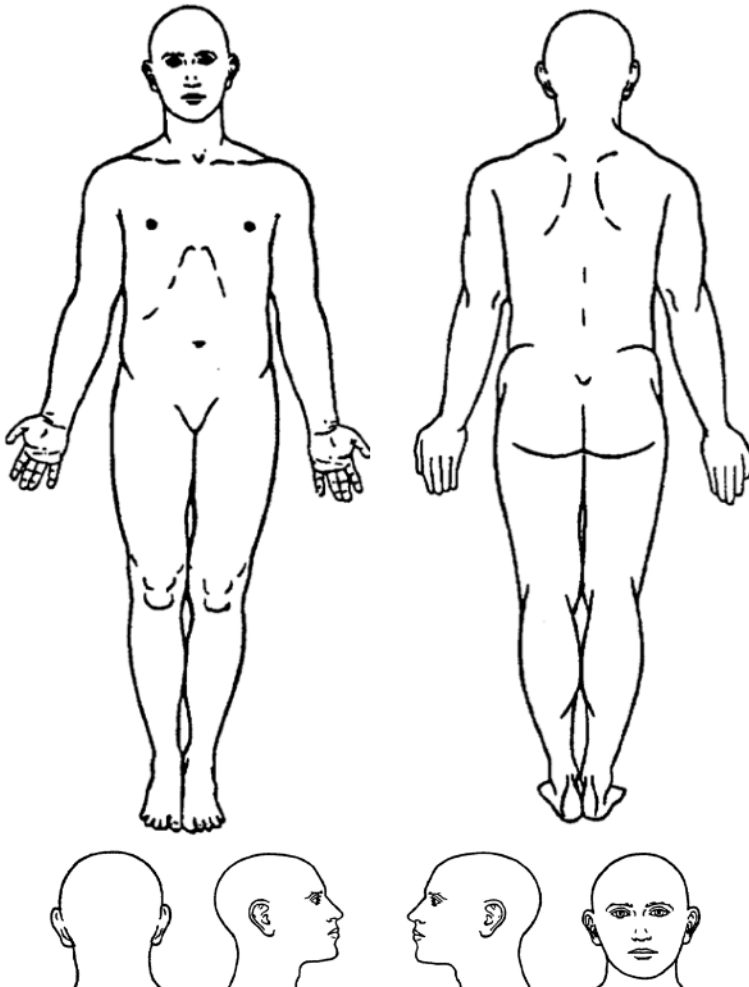
Herzlichen Dank!

Name, Vorname:

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:

[illegible]

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

Kopf / Gesicht	<input type="checkbox"/>
Arme / Hände	<input type="checkbox"/>
Unterer Rücken / Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>
Beine / Füße	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsorgane / After	<input type="checkbox"/>

Nacken / Schultern
Oberer Rücken / Brustwirbelsäule
Hüften / Gesäß
Bauchbereich (Ober- und Unterbauch)
Schmerzen in einer Körperhälfte / im ganzen Körper

☐
☐
☐
☐
☐

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?

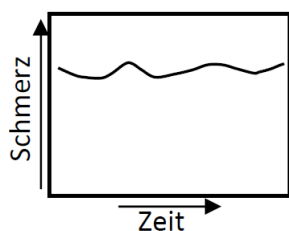
ja ☐ → und zwar:

☐ → und zwar:

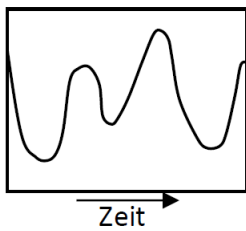
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tag		Monat		Jahr			

nein ☐

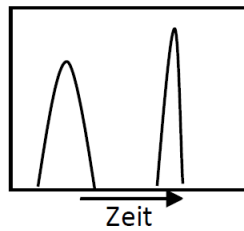
4a. Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen **in den letzten 4 Wochen** am besten zu?
Bitte nur **eine** Angabe machen!



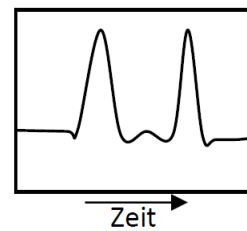
☐ 1) Dauerschmerzen
mit leichten
Schwankungen



☐ 2) Dauerschmerzen
mit starken
Schwankungen



☐ 3) Schmerzattacken,
dazwischen
schmerzfrei



☐ 4) Dauerschmerzen,
dazwischen zusätz-
liche 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 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.

Ich empfinde meine Schmerzen als...	trifft genau zu 3	trifft weit- gehend 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"/>
... schauderhaft	<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"/>

7. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte **auf den unten aufgeführten Skalen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden.

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.

7a. Geben Sie zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz									vorstellbarer Schmerz	stärkster Schmerz

7b. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz									vorstellbarer Schmerz	stärkster Schmerz

7c. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz									vorstellbarer Schmerz	stärkster Schmerz

7d. Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie **bei erfolgreicher Behandlung erträglich** wäre:

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz									vorstellbarer Schmerz	stärkster Schmerz

8. 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.

8a. **An wie vielen Tagen** konnten Sie **in den letzten 3 Monaten** aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

Ich konnte meinen üblichen Aktivitäten...

... an allen Tagen nachgehen ☐.

... an etwa Tagen **nicht** nachgehen.

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.

8b. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

8c. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- und Freundeskreis** beeinträchtigt?

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

8d. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

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 voll- kommen zu
	0	1	2	3	4	5
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe mein Leben genießen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe mich richtig freuen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	S
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D
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?		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	mit-tags	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?

- 21.** 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.

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

Größe:

Gewicht:

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 ☐
- arbeitssuchend / 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 **gehfähig?**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:

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

1. Nachname: _____ Geburtsname: _____
 Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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?

<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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
Tag		Monat		Jahr					

Platz für weitere Bemerkungen:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Einwilligungserklärung
zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Vertraulich

..... Name Vorname Geb.-Datum
..... Versicherten-Nr. Krankenkasse Patienten-Nr.

1. Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie der Schmerzpraxis Westerstede, Kühlenstrasse 35 in 26655 Westerstede die hierfür erforderliche Einwilligung.

- ☐ Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- ☐ Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

(Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen)
.....
.....

- ☐ Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

2. Berechtigung Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
.....	<input type="radio"/> Nur Rezepte/Verordnungen/Überweisungen
.....	<input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
.....	<input type="radio"/> Nur Rezepte/Verordnungen/Überweisungen
.....	<input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten

3. Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

..... Ort, Datum Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters
---------------------	--

Terminabsagen durch Patienten

In meiner Praxis handelt es sich um eine Terminsprechstunde im Sinne einer Bestellpraxis, sprich wir halten zu Ihrem Termin uns die Zeit frei und belegen nicht wie ggf. andere Praxen diese Termine doppelt. Auch kann ein Termin nicht kurzfristig neu vergeben werden, da es auch keine Akutsprechstunde, so wie Sie es vom Hausarzt gewöhnt sind, vorhalten.

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns mindestens einen Werktag (Montag bis Freitag) und mindestens 48 Stunden vorher schriftlich (per E-Mail) oder telefonisch abzusagen.

Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen die Kosten ausgefallener Termine in Höhe der erwarteten Behandlung in Rechnung zu stellen (25 Euro/je 15 Minuten). Akute Erkrankungen im Rahmen eines Infektes, müssen mittels Attest durch den Hausarzt dann bestätigt werden, damit keine Gebühr fällig wird.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die die Information zur Kenntnis genommen haben und auch verstanden haben.

Name und Vorname:

(Unterschrift)

Ort/Datum

Anschrift: