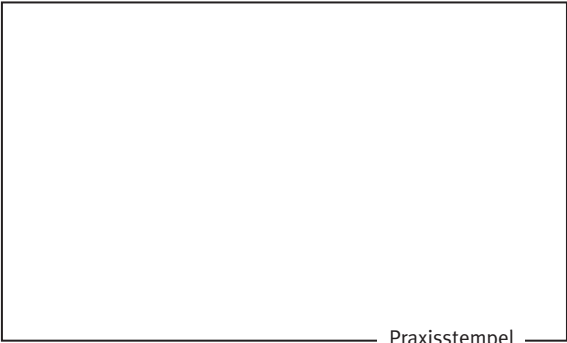


Heidelberger Collegium e.V.

## Fragebogen für Schmerzpatienten



**ID - Nummer:** .....

Immer mehr Menschen leiden unter chronischen oder wiederkehrenden Schmerzen. Den größten Teil der Erkrankungen stellen Schmerzen des Stütz- und Bewegungsapparates (Rücken- und Gelenkschmerzen) dar. Der akute Schmerz besitzt Warn- und Schutzfunktionen für den Körper. Er führt zur Diagnose und der Einleitung einer möglichst ursächlichen Behandlung. Der nicht behandelte Schmerz kann zunehmend eigenständig werden und zu einem Dauerleiden, der Schmerzkrankheit, führen. Bei der Schmerzkrankheit hat der Schmerz seine wichtige Funktion der Gefahr- und Schadensmeldung verloren. Er wird zu einer starken Beeinträchtigung der Lebensqualität für den Betroffenen und für sein Umfeld.

Aus diesem Grunde zählt die Schmerztherapie zu den wichtigsten ärztlichen Aufgaben und stellt für jeden Therapeuten eine Herausforderung dar.

Wünschenswert ist die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachgebiete, vor allem aber mit den Hausärzten. Sicher haben Sie selbst schon erlebt wie schwierig es ist eine genaue Beschreibung Ihrer Schmerzen zu geben. Damit Ihr Schmerztherapeut jedoch die schonendste und für Sie optimalste Therapie herausfinden kann, muß er erfahren, wie Ihre Schmerzen beschaffen sind und wie Sie auf bisherige Therapieverfahren angesprochen haben. Bitte bringen Sie alle Ihnen zur Verfügung stehenden Unterlagen und Befunde zu Ihrem nächsten Arzttermin mit.

Ihre Angaben in diesem Fragebogen für Schmerzpatienten dienen der Vorbereitung des ärztlichen Gesprächs und der Basisuntersuchung. In Ihrem eigenen Interesse möchten wir Sie deshalb bitten, alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten.

Bei der Bearbeitung Ihrer Angaben werden selbstverständlich die ärztliche Schweigepflicht und die Datenschutzbestimmungen berücksichtigt.

Name: .....

Vorname: .....

Alter: ..... Geschlecht:  männlich  weiblich Größe: ..... cm Gewicht: ..... kg

1. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie in Behandlung?

.....  
.....

2. Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

- seit einigen Tagen                       seit einigen Wochen  
 seit einigen Monaten                     seit Jahren, wie viele?

Falls bekannt, Monat und Jahr des Schmerzbeginns angeben: ..... / .....

3. Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medikamente     | <input type="checkbox"/> Chirotherapie    | <input type="checkbox"/> Packungen          | <input type="checkbox"/> Hypnose            |
| <input type="checkbox"/> Nervenblockaden | <input type="checkbox"/> Elektrotherapie  | <input type="checkbox"/> Bäder              | <input type="checkbox"/> Biofeedback        |
| <input type="checkbox"/> Injektionen     | <input type="checkbox"/> TENS             | <input type="checkbox"/> Bestrahlungen      | <input type="checkbox"/> Autogenes Training |
| <input type="checkbox"/> Operationen     | <input type="checkbox"/> Massagen         | <input type="checkbox"/> Medikamentenentzug | <input type="checkbox"/> Naturheilverfahren |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur      | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Psychotherapie     |   |

Andere Methoden .....

4. Von wem wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen untersucht und/oder behandelt?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Praktischer Arzt / Allgemeinarzt | <input type="checkbox"/> Psychiater                             |
| <input type="checkbox"/> Neurologe                        | <input type="checkbox"/> Psychologe                             |
| <input type="checkbox"/> Internist                        | <input type="checkbox"/> Augenarzt                              |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde                        | <input type="checkbox"/> Urologe                                |
| <input type="checkbox"/> Chirurg                          | <input type="checkbox"/> Anästhesist                            |
| <input type="checkbox"/> HNO                              | <input type="checkbox"/> Gynäkologe                             |
| <input type="checkbox"/> Radiologe                        | <input type="checkbox"/> Hautarzt                               |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt                         | <input type="checkbox"/> Schmerzspezialist / Schmerzkrankenhaus |
| <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurg      | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker                          |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurg                     |   |

5. Wie viele Ärzte haben Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen konsultiert? .....

6. Welche Krankenhaus-und Kuraufenthalte hatten Sie bislang wegen Ihrer Schmerzen?

wo: ..... wann: ..... wie lange: .....

wo: ..... wann: ..... wie lange: .....

7. Welche Diagnosen wurden gestellt?

.....  
.....

8. Wie lange sind Sie insgesamt wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig gewesen oder konnten Ihrer Hausarbeit nicht nachkommen?

.....

9. Sind Sie schon einmal operiert worden?

Welche Operationen und wann:

.....  
.....

10. Haben Sie Unfälle erlitten?

Welche Unfälle und wann:

.....  
.....

11. Welche anderen Krankheiten haben Sie?

.....

12. Haben sich Ihre Schmerzen im Laufe der Zeit verändert?

- sie sind gleich geblieben
- sie sind schwächer geworden
- sie sind stärker geworden
- sie sind häufiger geworden

13. Bekommen Sie wegen Ihrer Schmerzen eine Rente?

- ja
- nein
- Läuft ein Rentenantrag?
- ja
- nein

14. Wie oft treten Ihre Schmerzen zur Zeit auf?

- dauernd
- anfallsartig
- täglich
- etwa 1 mal pro Woche
- etwa 1 Mal pro Monat
- selten

15. Nehmen Sie Medikamente gegen Ihre Schmerzen ein?

- immer oder fast immer, wenn sie auftreten
- in regelmäßigen Zeitabständen
- häufig
- selten
- nie

16. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Name des Medikamentes:

Dosis (Tropfen, Tabletten, Zäpfchen):

a .....

pro Tag: .....

b .....

pro Tag: .....

c .....

pro Tag : .....

d .....

pro Tag: .....

17. Welche Medikamente nehmen Sie aus anderen Gründen zusätzlich ein?

Name des Medikamentes:

Dosis (Tropfen, Tabletten, Zäpfchen):

a .....

pro Tag: .....

b .....

pro Tag: .....

18. Bestehen Allergien und Unverträglichkeiten?

nein     ja, welche? .....

19. Was tun Sie selbst, um Ihre Schmerzen günstig zu beeinflussen?

(z.B. spazierengehen, schlafen, Ablenkungen, Sport etc.)

.....  
.....

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

.....  
.....

21. Wie stark werden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihrem normalen Tagesablauf eingeschränkt?

überhaupt nicht       wenig       deutlich       stark       völlig

22. In welchen Tätigkeiten bzw. Bedürfnissen werden Sie durch Ihre Schmerzen eingeschränkt?

<input type="checkbox"/> berufliche / hausfrauliche Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> Sexualität
<input type="checkbox"/> sonstige körperliche Unternehmungen	<input type="checkbox"/> Schlaf
<input type="checkbox"/> sonstige geistigen Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ich kann nicht einschlafen
<input type="checkbox"/> Appetit	<input type="checkbox"/> ich kann nicht durchschlafen
<input type="checkbox"/> Lebenslust / Antrieb	<input type="checkbox"/> ich schlafe gut

23. Wie beeinflussen die Schmerzen Ihre Stimmung?

meine Stimmung ist normal  
 meine Stimmung ist gedrückt  
 die Schmerzen machen mich aggressiv  
 ich fühle mich niedergeschlagen und antriebslos  
 ich fühle mich hilflos und ausgeliefert

24. Worauf sind die Schmerzen Ihrer Meinung nach zurückzuführen?

- Krankheit (welche?) .....
- Operation (welche?) .....
- Unfall .....
- seelische Belastungen .....
- andere Ereignisse .....

25. Welche Gedanken im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen beunruhigen Sie?

.....

26. Suchen Sie bitte aus der folgenden Tabelle alle Wörter aus, die Ihren Schmerz beschreiben:

- |  |                                       |                                      |  |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> reißend         | <input type="checkbox"/> bedrückend   | <input type="checkbox"/> stechend    | <input type="checkbox"/> häufig          |
| <input type="checkbox"/> brennend        | <input type="checkbox"/> ausstrahlend | <input type="checkbox"/> dumpf       | <input type="checkbox"/> anfallsartig    |
| <input type="checkbox"/> bohrend         | <input type="checkbox"/> klopfend     | <input type="checkbox"/> krampfartig | <input type="checkbox"/> stromstoßartig  |
| <input type="checkbox"/> nadelstichartig | <input type="checkbox"/> hell         | <input type="checkbox"/> ängstigend  | <input type="checkbox"/> unbeschreiblich |

27. Wo spüren Sie den Schmerz?

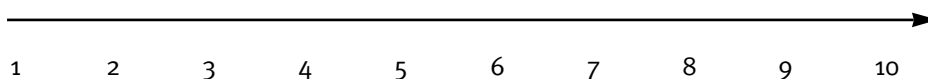
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> eher im Körperinneren                  | <input type="checkbox"/> eher an der Körperoberfläche |
| <input type="checkbox"/> im Körperinneren und an der Oberfläche | <input type="checkbox"/> außerhalb des Körpers        |

28. Wie intensiv waren Ihre **stärksten** Schmerzen in den letzten Tagen?

**Machen sie bitte ein Kreuz an der Stelle der Skala, die der Stärke Ihrer Schmerzen in dieser Situation entspricht.**

keine Schmerzen

stärkste vorstellbare Schmerzen



29. Welche der folgenden Beschwerden haben Sie außer Ihren Schmerzen noch?

- Kloßgefühl im Hals
- Kurzatmigkeit
- Innere Unruhe
- Schwächegefühl
- Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen
- Schluckbeschwerden
- Unruhe in den Beinen
- Übelkeit
- Überempfindlichkeit gegen:  Wärme  Kälte
- Reizbarkeit
- Grübeln
- Zittern
- Gewichtsabnahme
- Gewichtszunahme
- starkes Schwitzen

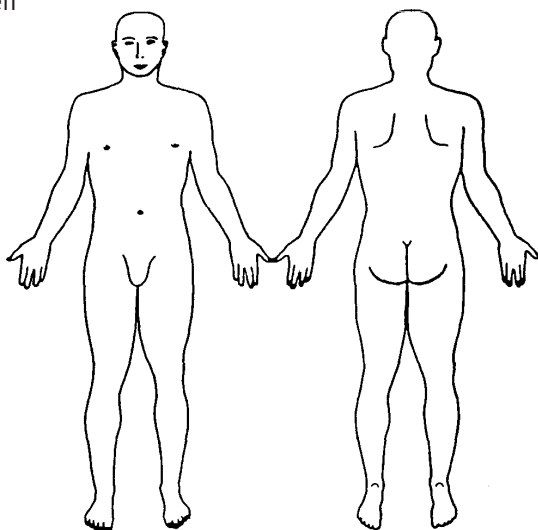
30. Bitte zeichnen Sie nun im Körperschema ein, an welcher Stelle Ihre Schmerzen auftreten.

Machen Sie bitte ein Kreuz, wenn der Schmerz eher eingegrenzt oder punktförmig auftritt, wenn Sie also die Körperstelle ziemlich genau lokalisieren können.

Falls Ihre Schmerzen an diesem Punkt beginnen und in einen anderen Körperteil ausstrahlen, so zeichnen Sie dies bitte mit einem Pfeil ein. Wenn Ihre Schmerzen eher diffus sind, also nicht genau lokalisiert werden können oder über eine größere Fläche ausstrahlen, so schraffieren Sie bitte die Schmerzzone. Falls Sie mehrere schmerzende Körperstellen bezeichnet haben, markieren Sie bitte der Reihenfolge der Stärke nach Ihre Schmerzen (Hauptschmerz = 1).



Körperschmerzen



Datum .....

Unterschrift .....