



(Patientenaufkleber)

## Patientenfragebogen der DGSS\* mit Anhang

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

machen Sie es sich gemütlich, Sie brauchen jetzt nur etwas Zeit. Vielleicht wollen Sie sich auch eine Tasse Kaffee oder Tee einschenken....

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankengeschichte. Sie dienen zusätzlich zu den vorhandenen medizinischen Berichten und Befunden der Klärung Ihres Krankheitsbildes und erleichtern uns die Planung Ihrer weiteren Diagnostik und Behandlung. Und Sie können uns helfen, immer besser zu werden! Um die Qualität unserer Versorgung laufend zu verbessern und noch gezielter als bisher an Ihre Situation anpassen zu können, führt die m&i-Fachklinik Enzensberg regelmäßig Patientenbefragungen durch.

**Die gewissenhafte und vollständige Beantwortung aller Fragen liegt daher in Ihrem eigenen Interesse.**

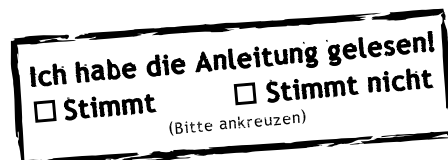
Manche Fragen werden Ihnen unwichtig oder sogar „indiskret“ vorkommen und scheinen überhaupt nicht im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen zu stehen. „Schmerzen“ sind jedoch ein so umfassendes Problem, dass wir möglichst viele Einzelheiten von Ihnen erfahren müssen.

**Bitte füllen Sie den Fragebogen selbstständig und ohne fremde Hilfe aus!**

**Alle Daten werden unter Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht und der Bedingungen des Datenschutzes ausgewertet. Sollten Sie Rückfragen haben, stehen wir Ihnen für Auskünfte gern zur Verfügung.**

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Klaus Klimczyk  
Chefarzt des Interdisziplinären Schmerzzentrums  
m&i-Fachklinik Enzensberg



**Benutzen Sie ein Atemhilfsgerät?**

Dann machen Sie bitte hier ein Kreuz

Bearbeitungsnummer:

Datum:     
Tag Monat Jahr

1. Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

2. Geschlecht: männlich  weiblich

3. PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Tel., privat: \_\_\_\_\_

Tel., dienstl.: \_\_\_\_\_

4. Konfession: ev.  röm.-kath.  jüd.  moham.  sonstige

5. Personenstand: ledig  verheiratet  verwittwet  geschieden

6. Körpergröße (cm):

Körpergewicht (kg):

7. Name, Adresse und Telefon-Nummer des **überweisenden Arztes**: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Name, Adresse und Telefon-Nummer des **Hausarztes**: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

10. Krankenkasse für **ambulante** Behandlung: \_\_\_\_\_

11. Krankenkasse für **stationäre** Behandlung: \_\_\_\_\_

12. **Zusatzversicherung** für stationäre Behandlung: ja  nein

wenn ja, für die Wahlleistung Chefarztbehandlung  und/oder Einzelzimmer

13. **Beihilfe**-Berechtigung: ja  nein

14. Name des **Stammversicherten**: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:     
Tag Monat Jahr

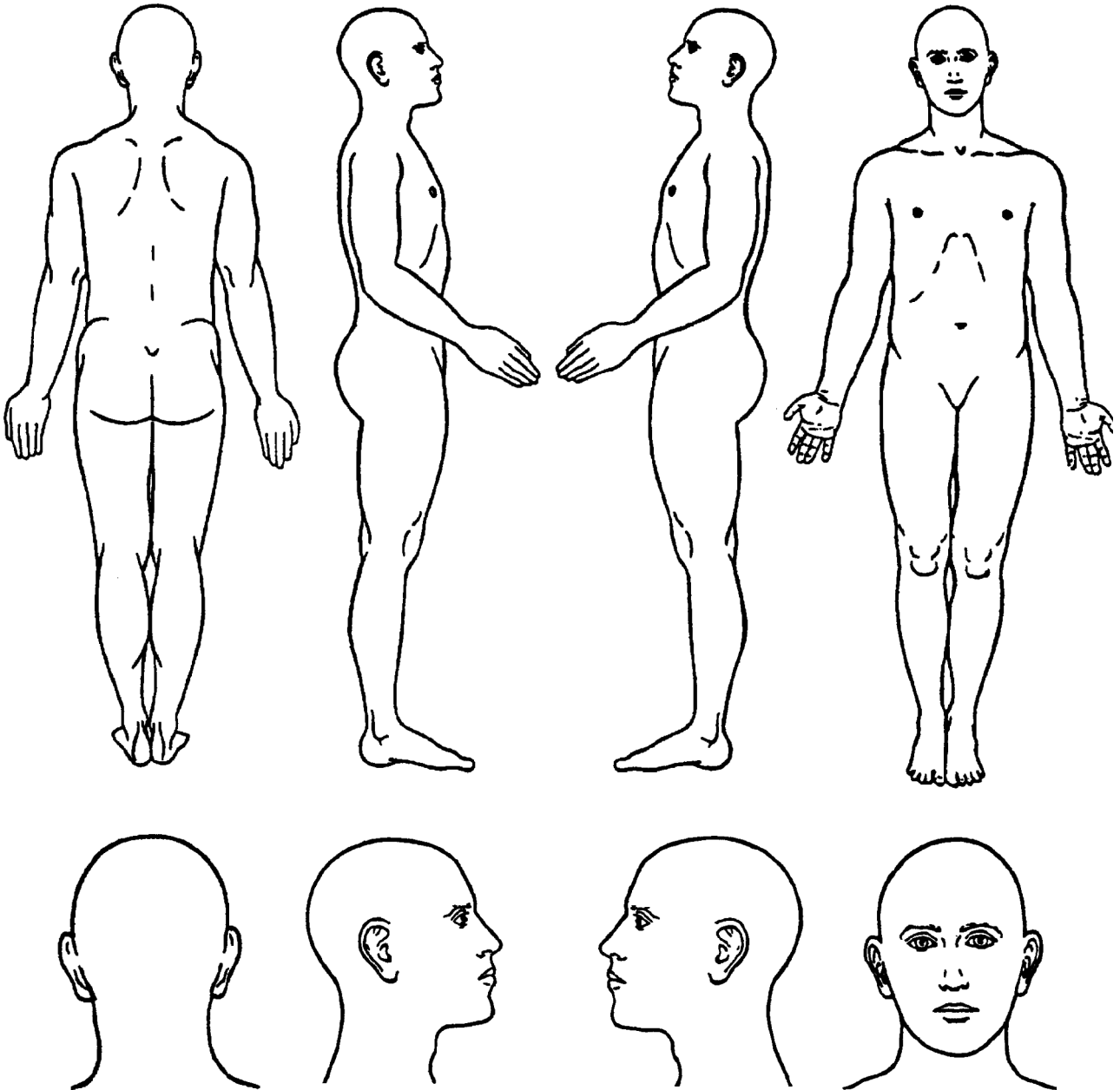
15. Beruf: \_\_\_\_\_ arbeitslos  Rentner

16. Sind Sie zur Zeit **gehfähig**? ja  nein

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

18. Malen Sie bitte in den nachfolgenden Körperschemata ein, wo Sie **überall** Schmerzen haben.

Bitte kennzeichnen Sie das **ganze** Schmerzgebiet (durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber bzw. durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern etc.), damit wir wirklich wissen, wo Sie **überall** Schmerzen haben.



HABEN SIE AUCH WIRKLICH ALLE SCHMERZORTE EINGEZEICHNET?

19. Bitte versuchen Sie hier, Ihre Schmerzen **mit Ihren eigenen Worten** zu beschreiben (z.B. "ziehender oder brennender oder pochender Schmerz, in der Schulter beginnend, in den Unterarm ausstrahlend; verstärkt sich bei Bewegung der Schulter").

---



---

**Bitte benutzen Sie für weitere Ausführungen ein Extrablatt**

20. Bitte geben Sie anhand der folgenden **Liste** an, **wo Sie überall Schmerzen haben**. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Schmerzgebiete an. Für **beidseitige** Schmerzen markieren Sie bitte **links und rechts**.

	links	rechts	Mitte
01 Gesicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Stirn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Auge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04 Schläfe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05 Ohr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06 Oberkiefer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07 Unterkiefer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Mundhöhle / Zähne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Kopf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Nacken / Hinterkopf .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 untere Halswirbelsäule.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 obere Schulter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Schultergelenk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23 Oberarm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24 Ellenbogen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25 Unterarm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26 Hand / Finger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31 obere Rückenhälfte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32 Brustkorb vorn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Brustkorb seitlich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Oberbauch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Unterbauch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Bauch seitlich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Leiste .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
51 untere Rückenhälfte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
52 Gesäß / Steißbein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61 Hüftgelenk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62 Oberschenkel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
63 Knie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
64 Unterschenkel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
65 Fuß / Zehen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
70 Becken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81 Geschlechtsorgane.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82 Afterbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90 mehrere Gelenke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Die Fragen 21 - 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen (Frage 21)**

Nachdem Sie in den bisherigen Fragen Angaben zu **allen** Ihren Schmerzorten gemacht haben, bitten wir Sie nun sich auf **einen Hauptschmerz** (siehe Frage 21) festzulegen. Die Fragen 22 bis 34 können von uns nur dann richtig beurteilt werden, wenn sich Ihre Angaben auf Ihren **Hauptschmerz** (Frage 21) beziehen.

21. Kreuzen Sie jetzt bitte bei dieser Frage ausschließlich Ihren **Hauptschmerz** an. **Legen Sie sich dabei auf einen Hauptschmerz fest.**

	links	rechts	Mitte
00 Mund/ Gesicht / Kopf .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Hals- / Nackenbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Schulter / Arm / Hand.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Brustkorb / obere Rückenhälfte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Bauchbereich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 untere Rückenhälfte / Gesäß .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 Hüfte / Bein / Fuß .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70 Beckenbereich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80 Geschlechtsorgane / After .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90 mehrere Gelenke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91 gesamter Körper .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. **Wo** fühlen Sie Ihre **Hauptschmerzen**? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- in der Tiefe.....
- oberflächlich (in der Haut, in der Schleimhaut).....
- außerhalb des Körpers (z.B. im Phantomglied).....

23. Wechselt Ihr Hauptschmerz oft die Seite? ja       nein

24. Seit **wann** bestehen Ihre **Hauptschmerzen**? Datum: 

Tag	Monat	Jahr

25. Litt oder leidet in Ihrer **Familie** jemand an ähnlichen Schmerzen? ja       nein

Wenn ja, an welchen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Die Fragen 21 - 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen (Frage 21)**

26. Die nachfolgenden Aussagen beschreiben die Schmerzempfindung genauer. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit die vorgegebene Empfindung für Ihre Schmerzen stimmt.

Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

4 = trifft genau zu      3 = trifft weitgehend zu      2 = trifft ein wenig zu      1 = trifft nicht zu

Beurteilen Sie Ihre Schmerzen so, wie sie in der letzten Zeit typisch gewesen sind.

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz und lassen Sie bei der Beantwortung keine Aussage aus.

**Bitte jede Zeile ausfüllen**

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
ich empfinde meine Schmerzen als quälend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als grausam.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als erschöpfend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als heftig.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als mörderisch .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als elend.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als schauerhaft.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als scheußlich.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als schwer .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als entnervend.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als marternd .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als furchtbar .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als unerträglich .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als lähmend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als schneidend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als klopfend.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als brennend.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als reißend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als pochend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als glühend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als stechend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als hämmernd.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als heiß.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als durchstoßend.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als dumpf.....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als drückend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als ziehend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als pulsierend .....	④	③	②	①

Die Fragen 21 - 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen

27. Wie **häufig** treten Ihre **Hauptschmerzen** auf ? (Bitte nur **eine** Angabe machen)

- wenige Male pro Jahr.....
- wenige Male pro Monat .....
- mehrmals pro Woche.....
- einmal täglich .....
- mehrmals täglich .....
- meine Schmerzen sind dauernd vorhanden .....

28. Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Hauptschmerzen** zu? (Bitte nur **eine** Angabe machen)

- a.) Meine Schmerzen treten nur **anfallsweise** auf, dazwischen bin ich schmerzfrei .....
- b.) Meine Schmerzen sind **dauernd** vorhanden (bitte weiter mit Frage 30).....
- c.) Meine Schmerzen sind **andauernd** vorhanden, aber **zusätzlich** treten Schmerzanfälle auf .....

29. Falls Sie **einzelne Schmerzanfälle** (Frage 28 c) haben, geben Sie bitte an, wie lange **üblicherweise** ein Anfall dauert. (Bitte nur **eine** Angabe machen)

- Sekunden.....
- Minuten.....
- Stunden .....
- Tage .....
- länger als 1 Woche.....

30. Bitte geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Hauptschmerzen** an. Kreuzen Sie bitte an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden. Ein Wert von 0 bedeutet dabei, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind.

1. Geben Sie zunächst Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ] [ 6 ] [ 7 ] [ 8 ] [ 9 ] [ 10 ]  
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

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

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ] [ 6 ] [ 7 ] [ 8 ] [ 9 ] [ 10 ]  
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

3. Geben Sie jetzt bitte Ihre **geringste Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ] [ 6 ] [ 7 ] [ 8 ] [ 9 ] [ 10 ]  
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

4. Geben Sie jetzt bitte Ihre **momentane Schmerzstärke** (beim Ausfüllen des Fragebogens) an:

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ] [ 6 ] [ 7 ] [ 8 ] [ 9 ] [ 10 ]  
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

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

[ 0 ] [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ] [ 6 ] [ 7 ] [ 8 ] [ 9 ] [ 10 ]  
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

**Die Fragen 21 - 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen (Frage 21)**

31. Geben Sie bitte an, ob sich die Stärke Ihrer Schmerzen verändern kann (nur **eine** Angabe machen).  
 Die Stärke meiner Schmerzen wechselt **häufig** (z.B. mehrmals täglich) .....  
 Die Stärke meiner Schmerzen wechselt **gelegentlich** (z.B. wenige Male pro Woche) .....  
 Die Stärke meiner Schmerzen wechselt **niemals** .....

32. Auf welche **Ursache** führen Sie Ihre **Hauptschmerzen** zurück ? (Mehrfachnennungen sind möglich)
- auf Krankheit .....
  - auf Operation .....
  - auf Unfall .....
  - auf körperliche Belastung .....
  - auf seelische Belastung .....
  - auf Vererbung .....
  - auf eine andere Ursache: \_\_\_\_\_ .....
  - für mich ist keine Ursache erkennbar .....

33. Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste an, wie sich die genannten Bedingungen auf Ihre **Hauptschmerzen** auswirken. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz; wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

	lindernd	kein Einfluss	verstärkend
Körperliche Belastung (z.B. Treppen gehen, Lasten heben, tragen) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Belastung (z.B. Stress, Ärger, Aufregung) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einseitige Körperhaltung (z.B. längeres Sitzen, Stehen, Gehen) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiger Lagewechsel, Bewegung, Herumlafen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich ausruhen, hinlegen, ruhig halten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meine Schmerzen sind **durch nichts zu beeinflussen**      stimmt nicht       stimmt

34. Bitte kreuzen Sie an, welche **Begleiterscheinungen** zusammen mit Ihren **Hauptschmerzen** auftreten. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz, wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

	immer	häufig	gelegentlich	nie
Übelkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichtempfindlichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräuschempfindlichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen, wie z.B. Flimmern vor den Augen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwellung und / oder Rötung im Schmerzgebiet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit der Haut im Schmerzgebiet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es treten **keine Begleiterscheinungen** zusammen mit meinen Hauptschmerzen auf.

ja     nein



35. Wurden Sie wegen aller Ihrer Schmerzen schon einmal operiert?

ja  nein

Art der Operation:

Datum:

Dauer der Schmerzlinderung (in Monaten):

1. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--

2. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--

3. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--

4. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

--	--	--

wenn mehr als 4 Schmerzoperationen:

--	--	--

 mal operiert

36. Wurden bei Ihnen andere, nicht schmerzbezogene Operationen durchgeführt?

ja  nein

Art der Operation:

Datum:

1. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

2. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

3. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

4. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

5. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

6. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

37. Haben Sie Unfälle gehabt:

ja  nein

Wenn ja:

Datum:

1. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

2. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

3. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

4. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

38. Geben Sie möglichst **alle Medikamente** an, die Sie in **den letzten 6 Monaten** eingenommen haben. Bitte geben Sie auch an, ob Sie die Medikamente regelmäßig einnehmen (z.B. 3x1 Tbl.) oder „nach Bedarf“.

Ich habe in den letzten 6 Monaten **keine Medikamente** genommen .....  
 Ich habe in den letzten 6 Monaten **folgende Medikamente** genommen:

Medikament	Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen)	Dosierung	Zeitraum
<b>Beispiel:</b> Paracetamol	Tabl. 500 mg	3 x 1 pro Tag	Jan. - März 1997

Haben Sie früher andere Medikamente gegen Ihre Schmerzen eingenommen? ja  nein

Wenn ja, an welche können Sie sich erinnern: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

39. Wurde bei Ihnen ein **Medikamenten-Entzug** durchgeführt? ja  nein

wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

40. Hatten Sie im **Erwachsenenalter** andere **schwerwiegende Erkrankungen**?  
 Bitte Zutreffendes ankreuzen und bei jeder Erkrankung die genauen Angaben machen:

1. **Herzerkrankungen** (z.B.: Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschwäche, Rhythmusstörungen) ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. **Kreislaufferkrankungen** (z.B.: Hochdruck, Unterdruck, Schlaganfall, Arterienverkalkung, Aneurysma) ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. **Bösartige Erkrankungen / Tumoren** ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. **Erkrankungen des Nervensystems wie Anfallsleiden (Epilepsie), Nervenleiden, Gemütererkrankungen** ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. **Stoffwechselerkrankungen** (z.B.: Diabetes (Zucker), Gicht, Erhöhung der Blutfettwerte, Schilddrüsen- und andere Hormondrüsen-Erkrankungen) ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. **Lungenerkrankungen** (z.B.: chronischer Husten, Asthma, Bronchitis, Emphysem, Tuberkulose, Lungenentzündung) ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. **Magen-Darm- und Enddarmkrankungen** (z.B.: Entzündungen, Geschwüre, Blutungen) ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. **Harnwegserkrankungen** (Niere, Blase, Harnröhre); z. B.: Entzündungen, Steine, Blutungen, chronisches Nierenversagen ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. **Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankung, Gallenleiden** (z.B.: Entzündungen, Steine) ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. **Unterleibserkrankungen, Erkrankungen der Geschlechtsorgane** ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. **Unverträglichkeiten, Allergien** (z.B.: Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub) ja  nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte **Medikamente**? ja  nein

Wenn ja, gegen was: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

41. Bitte geben Sie im Folgenden an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in den verschiedenen Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt sind. Das heißt: Wie sehr hindern die Schmerzen Sie daran, ein normales Leben zu führen? Kreuzen Sie bitte für jeden der sieben Lebensbereiche die Zahl an, die die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung und ein Wert von 10 gibt an, dass Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.

1. **Familiäre und häusliche Verpflichtungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeiten).

[ 0 ]	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]	[ 6 ]	[ 7 ]	[ 8 ]	[ 9 ]	[ 10 ]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

2. **Erholung** (dieser Bereich umfasst Hobbys, Sport und Freizeitaktivitäten)

[ 0 ]	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]	[ 6 ]	[ 7 ]	[ 8 ]	[ 9 ]	[ 10 ]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

3. **Soziale Aktivitäten** (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Feste, Theater- und Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)

[ 0 ]	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]	[ 6 ]	[ 7 ]	[ 8 ]	[ 9 ]	[ 10 ]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

4. **Beruf** (dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben; gemeint ist auch Hausfrauen(männer)tätigkeit)

[ 0 ]	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]	[ 6 ]	[ 7 ]	[ 8 ]	[ 9 ]	[ 10 ]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

5. **Sexualleben** (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

[ 0 ]	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]	[ 6 ]	[ 7 ]	[ 8 ]	[ 9 ]	[ 10 ]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

6. **Selbstversorgung** (dieser Bereich umfasst Aktivitäten, die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z.B. sich waschen und anziehen, Autofahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein)

[ 0 ]	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]	[ 6 ]	[ 7 ]	[ 8 ]	[ 9 ]	[ 10 ]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

7. **Lebensnotwendige Tätigkeiten** (dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen)

[ 0 ]	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]	[ 6 ]	[ 7 ]	[ 8 ]	[ 9 ]	[ 10 ]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

**Bitte prüfen Sie nochmals, ob Sie alle 7 Feststellungen beantwortet haben.**

PDI Dillmann, Nilges, Saile, Gerbershagen

42. Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem **Befinden während der letzten Woche** am besten entspricht / entsprochen hat.

Antworten:            selten            = weniger als 1 Tag oder überhaupt nicht  
                           manchmal       = 1 bis 2 Tage lang  
                           öfters           = 3 bis 4 Tage lang  
                           meistens       = die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

**Während der letzten Woche ...**

selten    manchmal    öfters    meistens

- 1. ... haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.  .....  .....  .....
- 2. ... hatte ich kaum Appetit.....  .....  .....  .....
- 3. ... konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl  
     mich meine Freunde / Familie versuchten aufzumuntern.....  .....  .....  .....
- 4. ... kam ich mir genauso gut vor wie andere. ....  .....  .....  .....
- 5. ... hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren. ....  .....  .....  .....
- 6. ... war ich deprimiert / niedergeschlagen. ....  .....  .....  .....
- 7. ... war alles anstrengend für mich. ....  .....  .....  .....
- 8. ... dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft. ....  .....  .....  .....
- 9. ... dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag. ....  .....  .....  .....
- 10. ... hatte ich Angst. ....  .....  .....  .....
- 11. ... habe ich schlecht geschlafen. ....  .....  .....  .....
- 12. ... war ich fröhlich gestimmt. ....  .....  .....  .....
- 13. ... habe ich weniger geredet als sonst.....  .....  .....  .....
- 14. ... fühlte ich mich einsam. ....  .....  .....  .....
- 15. ... waren die Leute unfreundlich zu mir.....  .....  .....  .....
- 16. ... habe ich das Leben genossen. ....  .....  .....  .....
- 17. ... musste ich weinen. ....  .....  .....  .....
- 18. ... war ich traurig. ....  .....  .....  .....
- 19. ... hatte ich das Gefühl, dass die Leute mich nicht leiden können....  .....  .....  .....
- 20. ... konnte ich mich zu nichts aufraffen. ....  .....  .....  .....

**Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Feststellungen beantwortet haben!**

ADS © 1993 Hogrefe

43. **Leben Sie in häuslicher Gemeinschaft** (Mehrfachantworten sind möglich):

- ich lebe mit Ehepartner/Partner .....
- ich lebe bei Eltern/Schwiegereltern.....
- ich lebe mit Kindern .....
- ich lebe mit anderen Verwandten .....
- ich lebe mit Freunden/Bekanntem .....
- nein, ich lebe allein.....

44. Welchen Ausbildungs- bzw. Berufsstand haben Sie zur Zeit:

- Schüler/in, Student/in, Auszubildende/r .....
- Umschüler/in.....
- Arbeiter/in .....
- Angestellte/r .....
- Beamter/in .....
- bin im Vorruhestand .....
- selbstständig als \_\_\_\_\_ .....
- Hausfrau / Hausmann.....

45. Welche Schulausbildung haben Sie:

- keinen Abschluss .....
- Hauptschulabschluss .....
- Mittlere Reife .....
- Abitur .....
- Hochschule / Fachhochschule .....

46. Haben Sie eine Berufsausbildung? ja  nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

wenn ja, arbeiten Sie noch in diesem Beruf? ja  nein

wenn nein, welche Tätigkeit üben Sie momentan aus?  
(Hausarbeit eingeschlossen, bei Arbeitslosigkeit zuletzt ausgeübte Tätigkeit):  
\_\_\_\_\_

47. Wie schätzen Sie die körperliche Belastung durch Ihre momentane Tätigkeit ein?

- geringe körperliche Belastung .....
- mittlere körperliche Belastung.....
- hohe körperliche Belastung .....

Die Fragen 48 bis 52 sind nur zu beantworten, wenn Sie derzeit in einem Arbeitsverhältnis stehen oder selbstständig sind.

48. Wer ist Ihr Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

49. Ist Ihr Arbeitsplatz gefährdet? ja  nein

wenn ja, warum: betriebsbezogen  krankheitsbedingt  sonstige Gründe

50. Sind Sie zur Zeit wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig? ja  nein

wenn ja, seit wann?

Tag	Monat	Jahr

51. Wieviele Tage waren Sie **in den letzten 6 Monaten** wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig ?    Tage

52. Glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können ? ja  nein

53. Falls Sie Hausfrau oder Hausmann sind:

1. Können Sie zur Zeit **wegen Ihrer Schmerzen** Ihre normale Hausarbeit nicht verrichten? ja  nein

wenn ja, seit wann nicht?

Tag Monat Jahr

2. Wieviele Tage konnten Sie **in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen** Ihre normale Hausarbeit nicht verrichten?    Tage

3. Glauben Sie, dass Sie Ihre normale Hausarbeit in Zukunft wieder verrichten können? ja  nein

54. Liegt bei Ihnen eine **Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)** bzw. des **Grades der Behinderung (GdB)** vor, oder haben Sie einen Antrag auf diese gestellt ?

MdE: nein  beantragt  ja  wenn ja, wieviel Prozent   %  
GdB: nein  beantragt  ja  wenn ja, wieviel Prozent   %

55. Haben Sie einen **Rentenantrag** gestellt, der noch nicht entschieden ist ? ja  nein

wenn ja, wegen: \_\_\_\_\_ Datum:     
Tag Monat Jahr

Beabsichtigen Sie einen Rentenantrag zu stellen? ja  nein

56. Beziehen Sie derzeit eine **Rente**? ja  nein

wenn ja, auf Zeit  endgültig  seit wann: Datum:     
Tag Monat Jahr

wegen:

- Erreichen der Altersgrenze.....
- Vorgezogenes Altersruhegeld.....
- Erwerbsunfähigkeit.....
- Berufsunfähigkeit .....
- BG-Rente.....

57. Sind Ihre Schmerzen Folge eines **Arbeitsunfalles**? ja  nein

wenn ja, wann war der Arbeitsunfall? Datum:     
Tag Monat Jahr

was ist passiert: \_\_\_\_\_

58. Wie oft haben Sie **Ihren persönlichen Arzt** (Hausarzt, Internisten, Orthopäden) wegen nicht erfolgreicher Schmerzbehandlung **gewechselt**?

Ich habe keinen persönlichen Arzt und konsultiere immer verschiedene Ärzte

ja  nein

Ich habe meinen persönlichen Arzt  mal gewechselt (bitte die Anzahl bzw. 0 eintragen).

59. Wie häufig haben Sie in den letzten **6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen** Ihre/n behandelnde/n Arzt/Ärzte aufgesucht?

ca. Termine

60. Wie häufig wurden bei Ihnen in den letzten **6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen** Behandlungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen, Akupunktur etc.) durchgeführt?

ca. Behandlungstermine

61. Wieviele **Ärzte** haben Sie schätzungsweise **wegen Ihrer Schmerzen** insgesamt aufgesucht?

keine  ca.

Name	Fachrichtung	Adresse	Zeitraum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

62. Wie oft wurden Sie **wegen Ihrer Schmerzen im Krankenhaus** behandelt?

nie  ca.

Name	Adresse	Zeitraum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

63. Wieviele **Kuren** (Rehabilitationsmaßnahmen) wurden bei Ihnen **wegen Ihrer Schmerzen** durchgeführt?

keine  ca.

Name	Adresse	Zeitraum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



## Patienten-Fragebogen zum Gesundheitszustand\*

\* SF-36 Health Survey, CopyrightR 1992 Medical Outcomes Trust

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

### 64. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Ausgezeichnet	_____	1
Sehr gut	_____	2
Gut	_____	3
Weniger gut	_____	4
Schlecht	_____	5

### 65. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Derzeit viel besser als vor einem Jahr	_____	1
Derzeit etwas besser als vor einem Jahr	_____	2
Etwa so wie vor einem Jahr	_____	3
Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr	_____	4
Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr	_____	5

### 66. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	TÄTIGKEITEN	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a)	anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	1	2	3
b)	mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
c)	Einkaufstaschen heben oder tragen	1	2	3
d)	mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3
e)	einen Treppenabsatz steigen	1	2	3
f)	sich beugen, knien, bücken	1	2	3
g)	mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	1	2	3
h)	mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3
i)	eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	1	2	3
j)	sich baden oder anziehen	1	2	3

67. Hatten Sie in den **vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	SCHWIERIGKEITEN	Ja	Nein
a)	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
b)	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
c)	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2
d)	Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen)	1	2

68. Hatten Sie in den **vergangenen vier Wochen aufgrund seelischer Probleme** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	SCHWIERIGKEITEN	Ja	Nein
a)	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
b)	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
c)	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

69. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den **vergangenen vier Wochen** Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder im Bekanntenkreis beeinträchtigt?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Überhaupt nicht \_\_\_\_\_ 1  
 Etwas \_\_\_\_\_ 2  
 Mäßig \_\_\_\_\_ 3  
 Ziemlich \_\_\_\_\_ 4  
 Sehr \_\_\_\_\_ 5

70. Wie stark waren Ihre Schmerzen **in den vergangenen vier Wochen**?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Ich hatte keine Schmerzen \_\_\_\_\_ 1  
 Sehr leicht \_\_\_\_\_ 2  
 Leicht \_\_\_\_\_ 3  
 Mäßig \_\_\_\_\_ 4  
 Stark \_\_\_\_\_ 5  
 Sehr stark \_\_\_\_\_ 6

71. Inwieweit haben die **Schmerzen** Sie in den **vergangenen vier Wochen** bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Überhaupt nicht \_\_\_\_\_ 1  
 Ein bisschen \_\_\_\_\_ 2  
 Mäßig \_\_\_\_\_ 3  
 Ziemlich \_\_\_\_\_ 4  
 Sehr \_\_\_\_\_ 5

72. In diesem Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den **vergangenen vier Wochen** gegangen ist (bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den **vergangen vier Wochen**

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	BEFINDEN	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
a)	... voller Schwung?	1	2	3	4	5	6
b)	... sehr nervös?	1	2	3	4	5	6
c)	... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	1	2	3	4	5	6
d)	... ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
e)	... voller Energie?	1	2	3	4	5	6
f)	... entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6
g)	... erschöpft?	1	2	3	4	5	6
h)	... glücklich	1	2	3	4	5	6
i)	... müde?	1	2	3	4	5	6

73. Wie häufig haben Ihre **körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme** in den **vergangen vier Wochen** Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

Immer \_\_\_\_\_ 1  
 Meistens \_\_\_\_\_ 2  
 Manchmal \_\_\_\_\_ 3  
 Selten \_\_\_\_\_ 4  
 Nie \_\_\_\_\_ 5

74. Inwieweit trifft **jede** der folgenden Aussagen auf Sie zu?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	AUSSAGEN	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
a)	Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	1	2	3	4	5
b)	Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	1	2	3	4	5
c)	Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	1	2	3	4	5
d)	Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	1	2	3	4	5

75. Bitte notieren Sie alle radiologischen und nuklearmedizinischen Spezialuntersuchungen zur Schmerzdiagnostik in den letzten fünf Jahren. (Röntgenaufnahmen, Knochenszintigraphie, Knochendichtemessungen, Computertomographie, Kernspintomographie, NMR, MRT, ...)

Untersuchungen	Arzt/Praxis/Klinik-Adresse	Datum

Falls der vorgegebene Platz nicht ausreichend sein sollte, bitte gesondertes Blatt mit Fragenummer beilegen.

76. Bitte notieren Sie alle orthopädischen, neurologischen, psychiatrischen, psychosomatischen und psychologischen/psychotherapeutischen Untersuchungen/Behandlungen in den letzten fünf Jahren.

Arzt/Praxis/Klinik-Adresse	Datum

Bitte legen Sie diesem Bogen die Kopien der Befunde/Berichte bei. Sollten Sie diese nicht vorliegen haben, senden Sie uns diese bitte zeitnah zu.

77. Viele Menschen haben irgendwann in Ihrem Leben einmal ein sehr belastendes, verletzendes oder traumatisches Erlebnis gehabt oder sind Zeuge eines solchen Ereignisses geworden. Haben Sie so etwas auch schon mal erlebt?  
(z.B. schwerer Unfall, Naturkatastrophe, Gewalterfahrung, Opfer eines Verbrechens oder anderes).

ja <sub>1</sub>      nein <sub>2</sub>

Wenn Sie möchten, können Sie das Ereignis hier näher beschreiben:

---



---



---



---

78. Bitte geben Sie uns bei nachfolgenden Fragen Ihre persönliche Einschätzung zu Ihrer Muttersprache ab

Ist Ihre Muttersprache Deutsch ?

<sub>1</sub> Ja                      <sub>2</sub> Nein, meine Muttersprache ist: \_\_\_\_\_  
(bitte jeweils ankreuzen)

... bei Nein beantworten Sie bitte folgende Fragen: Wie gut schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

**Verstehen:**

<sub>1</sub> Sehr gut      <sub>2</sub> gut      <sub>3</sub> mittelmäßig      <sub>4</sub> schlecht      <sub>5</sub> nicht vorhanden

**Sprechen:**

<sub>1</sub> Sehr gut      <sub>2</sub> gut      <sub>3</sub> mittelmäßig      <sub>4</sub> schlecht      <sub>5</sub> nicht vorhanden

**Lesen:**

<sub>1</sub> Sehr gut      <sub>2</sub> gut      <sub>3</sub> mittelmäßig      <sub>4</sub> schlecht      <sub>5</sub> nicht vorhanden

**Schreiben:**

<sub>1</sub> Sehr gut      <sub>2</sub> gut      <sub>3</sub> mittelmäßig      <sub>4</sub> schlecht      <sub>5</sub> nicht vorhanden

79. Körperliche Belastungsfähigkeit

Bitte beantworten Sie nachstehende Fragen zur Einschätzung Ihrer körperlichen Belastungsfähigkeit im Alltag:

**Treppensteigen**

- <sub>1</sub> keine Stufen
- <sub>2</sub> wenige Stufen
- <sub>3</sub> eine Etage
- <sub>4</sub> mehrere Etagen

**Gehstrecke ohne Pausen**

- <sub>1</sub> weniger als 2 Minuten
- <sub>2</sub> 2 bis 10 Minuten
- <sub>3</sub> 10 bis 60 Minuten
- <sub>4</sub> mehr als 60 Minuten

**benötigte Hilfsmittel**

- <sub>1</sub> kein Hilfsmittel notwendig
- <sub>2</sub> Rollstuhl
- <sub>3</sub> Unterarmgehstützen
- <sub>4</sub> Gehstock
- <sub>5</sub> Rollator
- <sub>6</sub> Anderes, (z.B. andere Person): \_\_\_\_\_

**Belastbarkeit bei Therapiedichte**

Ich kann zwischen 7.00 Uhr und 18.00 Uhr mehrere Therapietermine wahrnehmen

Ich kann dies nicht, da: \_\_\_\_\_

**Selbstversorgung im Alltag**

Selbstständige Körperpflege ist möglich <sub>1</sub> ja  
<sub>2</sub> nein

Selbstständiges Anziehen ist möglich <sub>1</sub> ja  
<sub>2</sub> nein

80. Bitte geben Sie an, wie stark Sie Ihren eigenen Einfluss auf Ihre Schmerzen empfinden. Ein Wert von 0 bedeutet dabei, Sie fühlen sich die Schmerzen hilflos ausgeliefert, ein Wert von 10 bedeutet, Sie haben die maximale Kontrolle über Ihren Schmerz.

Ihr Einfluss auf den Schmerz während der letzten vier Wochen:

[ 0 ]      [ 1 ]      [ 2 ]      [ 3 ]      [ 4 ]      [ 5 ]      [ 6 ]      [ 7 ]      [ 8 ]      [ 9 ]      [ 10 ]  
ich war dem Schmerz hilflos ausgeliefert ich hatte die maximale Kontrolle über den Schmerz

81. Fragen für Patienten mit Kopfschmerzen/Migräne (MIDAS-Fragebogen)

Anleitung: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über ALLE Kopfschmerzattacken, die Sie in den letzten drei Monaten hatten. Füllen Sie das Feld neben jeder Frage mit der entsprechenden Zahl aus. Wenn Sie eine Tätigkeit in den vergangenen drei Monaten nicht ausgeführt haben, tragen Sie eine Null ein.

1. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten sind Sie wegen Kopfschmerzen nicht zur Arbeit gegangen oder haben in der Schule gefehlt?

\_\_\_ Tage

2. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz oder in der Schule um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 1 angaben, NICHT dazu.)

\_\_\_ Tage

3. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten konnten Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen keine Hausarbeit verrichten?

\_\_\_ Tage

4. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit im Haushalt um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 3 angaben, NICHT dazu.)

\_\_\_ Tage

5. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten haben Sie an familiären, sozialen oder Freizeitaktivitäten wegen Ihrer Kopfschmerzen nicht teilnehmen können?

\_\_\_ Tage

Summe 1 bis 5: \_\_\_ Tage

A. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten hatten Sie Kopfschmerzen? (Wenn die Kopfschmerzen länger als einen Tag angehalten haben, zählen Sie jeden Tag.)

\_\_\_ Tage

B. Wie stark waren die Kopfschmerzen? Bitte geben Sie die Schmerzstärke auf einer Skala von 0 bis 10 an (0 = keine Schmerzen, 10 = unerträgliche Schmerzen).

\_\_\_

82. Sind Sie zur Zeit berufstätig? (Bitte auch bei gegenwärtiger Krankschreibung beantworten)

<sub>1</sub> Ja, Vollzeit (6 Std./Tag und mehr)

<sub>2</sub> Ja, Teilzeit (3 bis unter 6 Std./Tag)

<sub>3</sub> Ja, Teilzeit (1 bis unter 3 Std./Tag)

<sub>4</sub> Ja, in Ausbildung

<sub>5</sub> nein, arbeitslos seit \_\_\_\_\_

<sub>6</sub> nein, Zeitrente bis: \_\_\_\_\_

<sub>7</sub> nein, Altersrente

<sub>8</sub> nein, Hausfrau/Hausmann

<sub>9</sub> nein, Sonstiges: \_\_\_\_\_

83. Welche berufliche Stellung haben Sie? Wenn Sie nicht mehr oder zurzeit nicht berufstätig sind, nennen Sie bitte die letzte Stellung.

**Arbeiter/Arbeiterin**

<sub>1</sub> Un- oder angelernter Arbeiter

<sub>2</sub> Gelernter Arbeiter, Facharbeiter

<sub>3</sub> Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister, Polier, Brigadier

**Angestellter/Angestellte**

- <sub>4</sub> Angestellter mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer, Kontorist)
- <sub>5</sub> Angestellter mit schwieriger Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter)
- <sub>6</sub> Angestellter mit leitender Tätigkeit (z.B. wissenschaftlicher Angestellter, Abteilungsleiter)
- <sub>7</sub> Angestellter mit umfassenden Tätigkeiten

**Beamter/Beamtin**

- <sub>8</sub> Beamter im einfachen Dienst
- <sub>9</sub> Beamter im mittleren Dienst
- <sub>10</sub> Beamter im gehobenen Dienst
- <sub>11</sub> Beamter im höheren Dienst

**Selbstständiger/Selbstständige (einschließlich mithelfender Familienangehöriger)**

- <sub>12</sub> Selbstständiger Landwirt/Genossenschaftsbauer
- <sub>13</sub> Akademiker im freien Beruf (z.B. Arzt, Rechtsanwalt, Steuerberater)
- <sub>14</sub> Selbstständiger (im Handel, Gewerbe, Handwerk)
- <sub>15</sub> mithelfende/r Familienangehörige/r
- <sub>16</sub> **Sonstiges** (z.B. Auszubildender, Schüler, Wehrpflichtiger, Zivildienstleistender, Praktikant)

**Beim Beantworten dieses Fragebogens haben Sie vielleicht einige der Fragen zunächst zurückgestellt.  
Bitte überprüfen Sie deshalb noch einmal, ob Sie wirklich alle Fragen beantwortet haben.**

Sofern Sie durch unsere Institution behandelt werden, werden einige dieser Daten auch in einem EDV-Dokumentationssystem abgespeichert. Diese Daten sind nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes vor einem mutwilligen Zugriff geschützt und zu diesem System haben nur unsere Mitarbeiter direkten Zugang.  
Gemäß den Vorgaben des Gesetzes bitten wir Sie, sich mit einer Abspeicherung Ihrer persönlichen Daten einverstanden zu erklären.

**Einverständniserklärung**  
Ich bin - im Falle einer Behandlung - mit der Abspeicherung der in dem Fragebogen erhobenen Daten in einem EDV-Dokumentationssystem einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Zusätzliche Ergänzungen/Anmerkungen:



---

---

---

---