



(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! Und 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

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 verwitwet 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

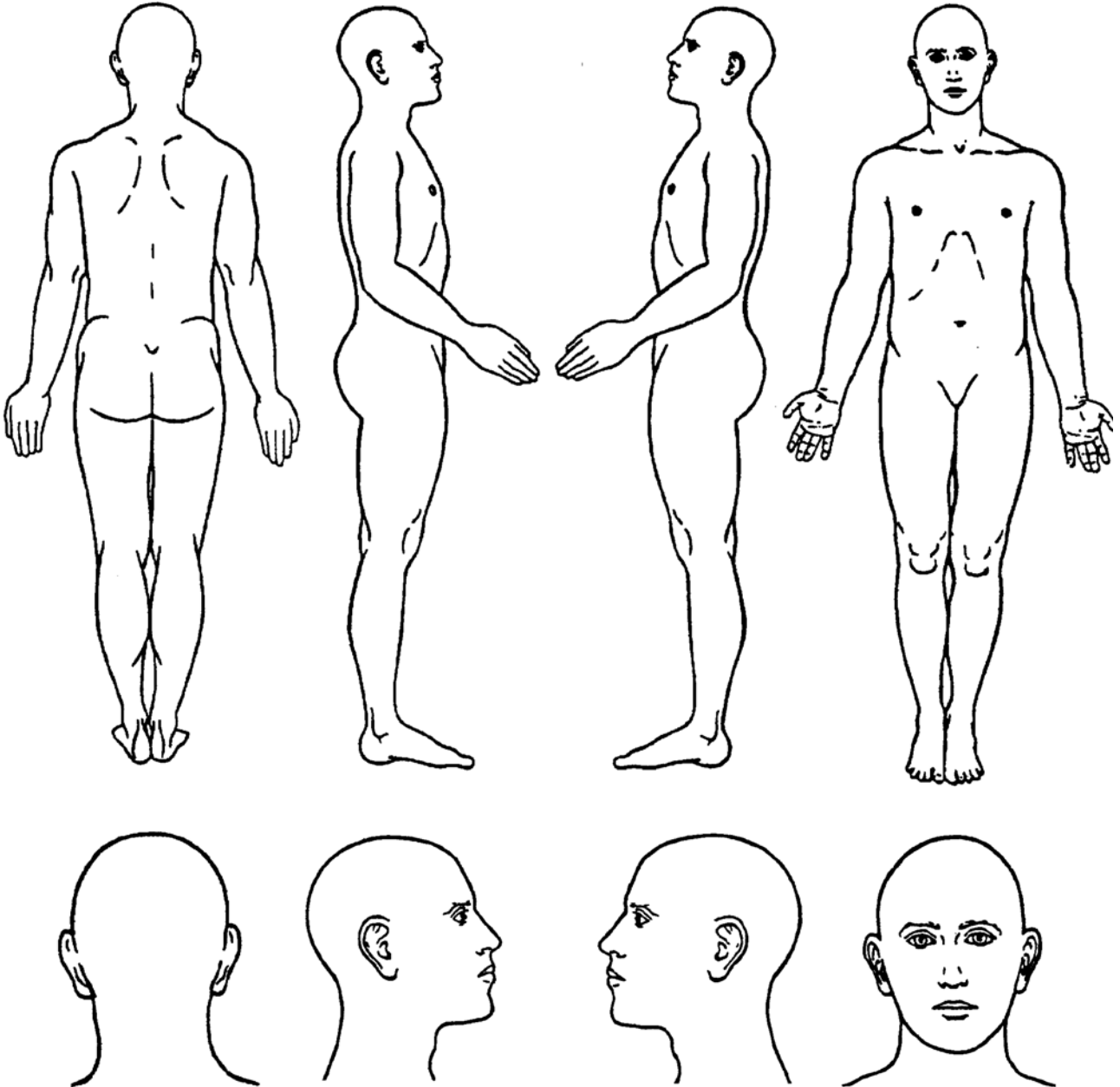
15. Beruf: _____ arbeitslos Rentner

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 (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, Herumlaufen | <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 |
|------------------------------|------------------------------------|---------------|------------------|
| Beispiel: 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 Enddarm-erkrankungen** (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: _____

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 **Schulbildung** 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 nein

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 ?

Ja Nein, meine Muttersprache ist: _____
(bitte jeweils ankreuzen)

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

Verstehen:

Sehr gut gut mittelmäßig schlecht nicht vorhanden

Sprechen:

Sehr gut gut mittelmäßig schlecht nicht vorhanden

Lesen:

Sehr gut gut mittelmäßig schlecht nicht vorhanden

Schreiben:

Sehr gut gut mittelmäßig schlecht nicht vorhanden

79. Körperliche Belastungsfähigkeit

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

Treppensteigen

- keine Stufen
- wenige Stufen
- eine Etage
- mehrere Etagen

Gehstrecke ohne Pausen

- weniger als 2 Minuten
- 2 bis 10 Minuten
- 10 bis 60 Minuten
- mehr als 60 Minuten

benötigte Hilfsmittel

- kein Hilfsmittel notwendig
- Rollstuhl
- Unterarmgehstützen
- Gehstock
- Rollator
- 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 ja
 nein

Selbstständiges Anziehen ist möglich ja
 nein

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

- Ja, Vollzeit (6 Std./Tag und mehr)
- Ja, Teilzeit (3 bis unter 6 Std./Tag)
- Ja, Teilzeit (1 bis unter 3 Std./Tag)
- Ja, in Ausbildung
- nein, arbeitslos seit _____
- nein, Zeitrente bis: _____
- nein, Hausfrau/Hausmann
- nein, Sonstiges: _____

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

Arbeiter/Arbeiterin

- Un- oder angelernter Arbeiter
- Gelernter Arbeiter, Facharbeiter
- Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister, Polier, Brigadier

Angestellter/Angestellte

- Angestellter mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer, Kontorist)
- Angestellter mit schwieriger Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter)
- Angestellter mit leitender Tätigkeit (z.B. wissenschaftlicher Angestellter, Abteilungsleiter)
- Angestellter mit umfassenden Tätigkeiten

Beamter/Beamtin

- Beamter im einfachen Dienst
- Beamter im mittleren Dienst
- Beamter im gehobenen Dienst
- Beamter im höheren Dienst

Selbstständiger/Selbstständige (einschließlich mithelfender Familienangehöriger)

- Selbstständiger Landwirt/Genossenschaftsbauer
- Akademiker im freien Beruf (z.B. Arzt, Rechtsanwalt, Steuerberater)
- Selbstständiger (im Handel, Gewerbe, Handwerk)
- mithelfende/r Familienangehörige/r
- 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

