

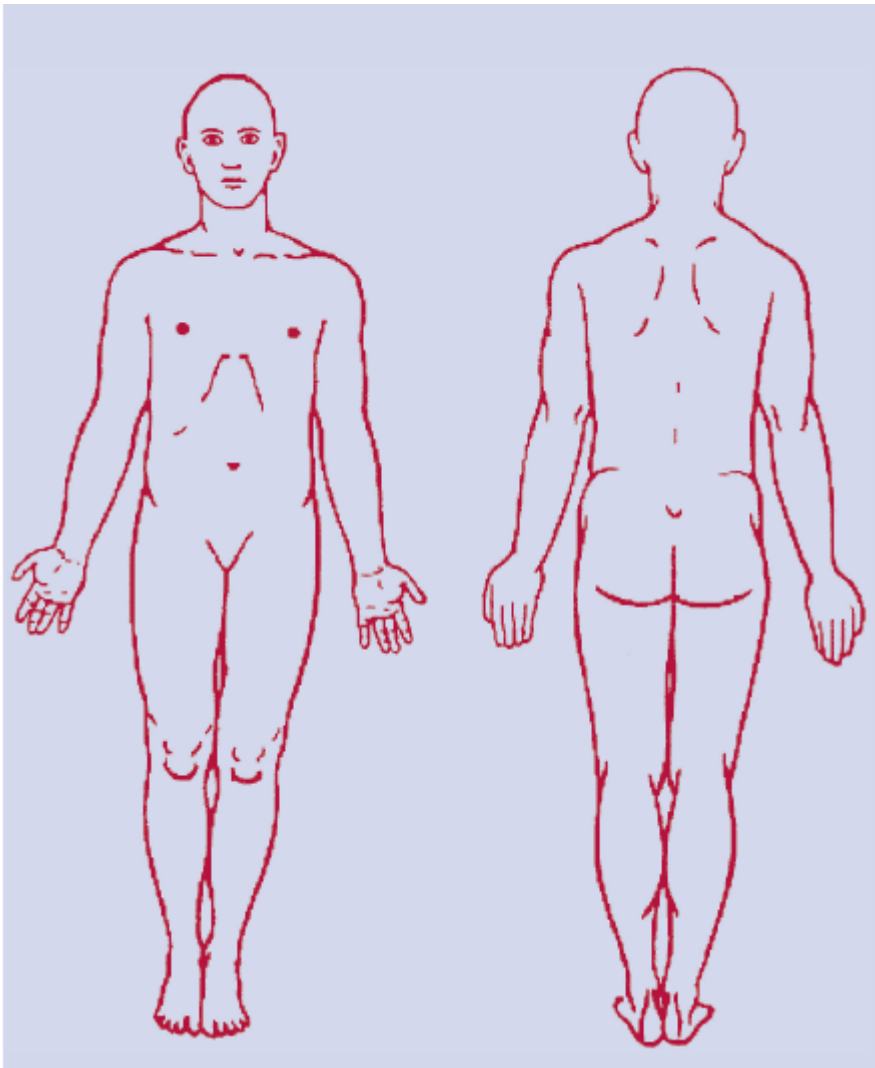
Schmerzfragebogen

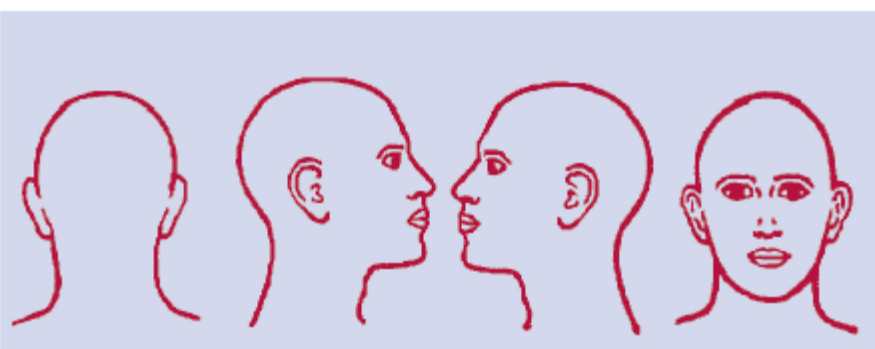
Dieser Fragebogen soll als Gesprächsgrundlage dienen und Ihnen ermöglichen sich schon daheim in Ruhe mit Ihrer persönlichen Schmerzwahrnehmung auseinander zu setzen.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder nicht verstehen ist das nicht tragisch, wir schauen uns diese Punkte dann im Gespräch gemeinsam an.

Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welche Orten Ihre Schmerzen auftreten.

Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen:





Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung?

Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?

Weniger als 1 Monat

1/2 Jahr bis 1 Jahr

2 bis 5 Jahre

1 Monat bis 1/2 Jahr

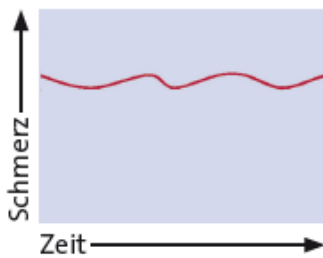
1 bis 2 Jahre

mehr als 5 Jahre

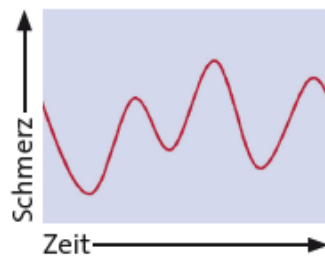
Genau seid:

--- --- -----
Tag Monat Jahr

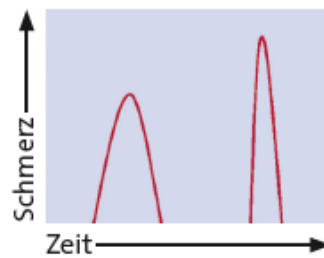
Welcher der Aussagen treffen auf Ihre Schmerzen in den **letzten 4 Wochen** am besten zu ?



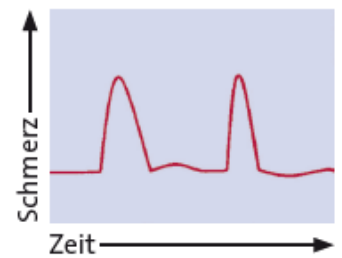
1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen



3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei



4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

Falls Sie an Schmerzattacken leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Wie oft treten diese Attacken auf?

Mehr fach täglich

einmal täglich

mehrfach wöchentlich

einmal wöchentlich

Mehrfach monatlich

einmal monatlich

seltener: _____

Wie lange dauern diese Attacken durchschnittlich?

Sekunden

Minuten

Stunden

bis zu 3 Tagen

länger als 3 Tage

Bitte beschreiben Sie genauer wie Sie Ihre Schmerzen empfinden.

Denken Sie bitte an Ihre typischen Schmerzen der letzten Zeit.

Ich empfinde meine Schmerzen als...

	Trifft genau zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ein wenig zu	Trifft nicht zu		Trifft genau zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ein wenig zu	Trifft nicht zu
Dumpf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Heiß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drückend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Brennend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pochend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Elend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klopfend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schauerhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stechend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Scheußlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ziehend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Furchtbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Geben Sie bitte ihre **momentane** Schmerzstärke an:

Kein Schmerz

stärkster vorstellbarer Schmerz

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Geben Sie jetzt bitte ihre **durchschnittliche** Schmerzstärke während der **letzten 4 Wochen** an:

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

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

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Welche Schmerzstärke wäre für Sie nach erfolgreicher Behandlung **erträglich**?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Wie sehr trafen diese Aussagen
In der letzten Woche auf Sie Zu?
 Bitte antworten Sie **spontan, es gibt keine
 richtigen oder falschen Antworten**

**Trifft
 gar
 nicht
 zu**

**Trifft
 stark
 zu**

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