

Datum:	_____	Zeit:	_____
Name:	_____		
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsdatum:	_____		

1	Derzeitiger Familienstand:
	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt / geschieden

2	Schulbildung
	<input type="checkbox"/> Keinen Abschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Hochschule / Fachhochschule
	Haben Sie eine Berufsausbildung? Bitte Bezeichnung angeben:

3	Derzeitige Beschäftigung: (bitte Beruf oder Tätigkeit angeben; falls Sie derzeit nicht arbeiten, bitte vorherigen Beruf oder Tätigkeit angeben)

4	Beschäftigung des Partners / der Partnerin

5	Wie ist Ihre jetzige Beschäftigung / Arbeit am besten zu beschreiben:
	<input type="checkbox"/> Außerhaus Vollzeit <input type="checkbox"/> Außerhaus Teilzeit beschäftigt <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> Berentet <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges

6	Wenn bei Ihnen eine Krankheit festgestellt wurde, wie lange ist es her, dass Ihnen dies mitgeteilt wurde?
Monate: _____	

7

Hatten Sie jemals Schmerzen, die auf Ihre jetzige Erkrankung zurückzuführen sind?

ja

nein

unklar

8

Als Sie das erste Mal von Ihrer Krankheit erfuhren, hatten Sie da schon Schmerzen?

ja

nein

unklar

9

Wurden Sie in den letzten Monaten operiert?

ja

nein

Wenn Ja, welche Operation wurde durchgeführt?

10

Die meisten von uns haben von Zeit zu Zeit Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, bei Verstauchung). Hatten Sie in der letzten Woche andere als diese sog. Alltagsschmerzen?

ja

nein

Haben Sie in den letzten 7 Tagen Schmerzmedikamente eingenommen?

A

ja

nein

Ich habe das Gefühl, Schmerzen zu haben, die jeden Tag mit Schmerzmitteln behandelt werden müssen?

B

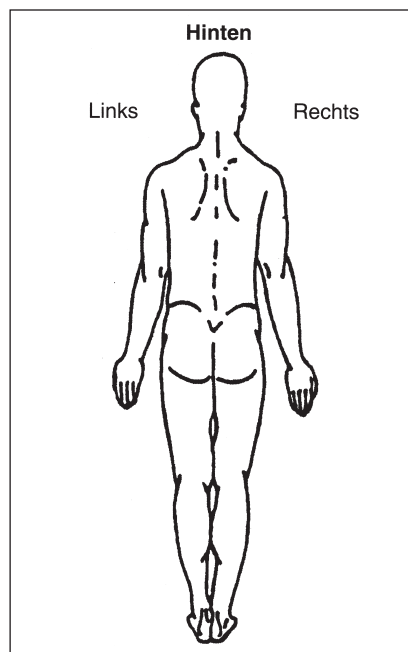
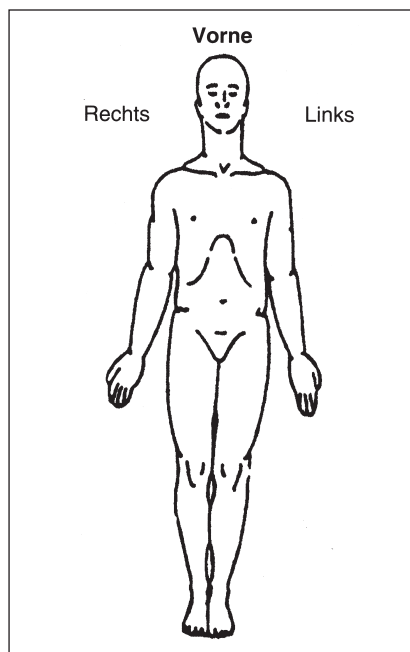
ja

nein

Falls Sie die letzten Fragen mit „Nein“ beantwortet haben, können Sie den Fragebogen hier beenden. Falls Sie die letzten Fragen jedoch mit „Ja“ beantwortet haben, bearbeiten Sie bitte auch die restlichen Fragen.

11

Bitte schraffieren Sie in der nachstehenden Zeichnung die Gebiete, in denen Sie Schmerzen haben. Markieren Sie mit X die Stelle, die Sie am meisten schmerzt.



12 Kreisen Sie bitte die Zahl ein, die Ihre stärksten Schmerzen während der letzten Woche am besten beschreibt.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Schmerzen						stärkste vorstellbare Schmerzen				

13 Kreisen Sie bitte die Zahl ein, die Ihre geringsten Schmerzen während der letzten Woche am besten beschreibt.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Schmerzen						stärkste vorstellbare Schmerzen				

14 Kreisen Sie bitte die Zahl ein, die Ihre durchschnittlichen Schmerzen am besten beschreibt.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Schmerzen						stärkste vorstellbare Schmerzen				

15 Kreisen Sie bitte die Zahl ein, die Ihre momentanen Schmerzen am besten beschreibt.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Schmerzen						stärkste vorstellbare Schmerzen				

16 Welche Dinge oder Tätigkeiten lindern Ihre Schmerzen? (z.B. Wärme, Medikamente, Ruhe)

17 Welche Dinge oder Tätigkeiten verschlimmern Ihre Schmerzen? (z.B. gehen, stehen, heben)

18 Welche Behandlungen oder Medikamente erhalten Sie gegen Ihre Schmerzen?

19 Wieviel Schmerzerleichterung hat Ihnen die Behandlung oder die Medikation in der letzten Woche gebracht? Kreisen Sie bitte die Prozentzahl an, die die Besserung am besten beschreibt.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
keine Besserung									Schmerzfreiheit	

20 Falls Sie Schmerzmittel erhalten, wieviele Stunden dauert es, bis Ihre Schmerzen wieder auftreten?

<input type="checkbox"/> 1 Stunde	<input type="checkbox"/> 2 Stunden
<input type="checkbox"/> 3 Stunden	<input type="checkbox"/> 4 Stunden
<input type="checkbox"/> 5 - 12 Stunden	<input type="checkbox"/> mehr als 12 Stunden
<input type="checkbox"/> Ich nehme keine Schmerzmittel	

21

Worauf führen Sie Ihre Schmerzen zurück? Ich glaube, meine Schmerzen

sind Folgen der Behandlung (z.B. Medikamente, Operation, Bestrahlung, Prothesen)

A

ja

nein

sind Folgen meiner Erkrankung (die Erkrankung, die festgestellt wurde und z.Zt. behandelt wird)

B

ja

nein

stehen nicht im Zusammenhang mit meiner Grunderkrankung (z.B. Arthritis)

C

ja

nein

Bitte beschreiben Sie diese Grunderkrankung

22

Bitte überprüfen Sie für jedes der nachfolgenden Worte, ob es für Ihren Schmerz zutrifft:

Dumpf, drückend	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
pochend, klopfend	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
elektrisierend, einschließend	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
stechend, bohrend	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
spitz, scharf	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
brennend, heiß	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
krampfartig, kolikartig	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
ziehend, reißend	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
empfindlich	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
ermüdend, erschöpfend	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
quälend/schrecklich	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
unerträglich	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

23

Kreisen Sie bitte die Zahl ein, die am besten beschreibt, inwieweit die Schmerzen Sie während der vergangenen Woche beeinträchtigt haben

Allgemeine Aktivität

A

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung

Stimmung

B

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung

Gehvermögen

C

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung

Normale tägliche Arbeit (sowohl auf der Arbeitsstelle als auch im Haushalt), Belastbarkeit											
D	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung									stärkste Beeinträchtigung	
Beziehung zu anderen Menschen											
E	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung									stärkste Beeinträchtigung	
Schlaf											
F	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung									stärkste Beeinträchtigung	
Lebensfreude											
G	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung									stärkste Beeinträchtigung	

24 Wie nehmen Sie Ihre Medikamente?

regelmäßig nach festem Zeitplan (z.B. alle 12 Stunden)

unregelmäßig, nach Bedarf, bei akuten Schmerzen

ich nehme keine Schmerzmedikamente

25 Ist Ihre Schmerzmedikation ausreichend?

ja nein unsicher

26 Haben Sie das Gefühl, Sie brauchen mehr Schmerzmittel?

ja nein unsicher

Wenn ja, wann:

27 Haben Sie das Gefühl, dass Sie zuviel Schmerzmittel nehmen?

ja nein unsicher

Wenn ja, wann:

28 Haben Sie Probleme mit Nebenwirkungen Ihrer Schmerzmedikamente?

ja nein

Wenn ja, welche:

29 Sind diese Nebenwirkungen/Begleiterscheinungen neu aufgetreten, d.h. nach Beginn der Schmerztherapie?

ja nein

30**Haben Sie das Gefühl, dass Sie mehr Informationen über Ihre Schmerzmedikamente brauchen?**

ja

nein

31**Welche anderen Methoden wenden Sie an, um Ihre Schmerzen erträglicher zu machen?**

warme Kompressen

kalte Kompressen

Entspannungstechniken

Ablenkung / Zerstreuung

Biofeedback

Hypnose

Sonstiges

Bitte beschreiben:**32****Welche Arzneimittel nehmen Sie zusätzlich zur Schmerzlinderung ein, die Ihnen Ihr Arzt nicht verschrieben hat (verschreibungsfreie Arzneimittel)**