

Pappelallee 1
17489 Greifswald

Telefon 03834 / 8849944
Telefax 03834 / 824186
www.schmerztherapie-borchert.de

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient!

Ihnen wurde eine Vorstellung zur ambulanten Schmerztherapie empfohlen. Um den Beginn der Therapie planen und diese für Sie individuell gestalten zu können ist es notwendig, dass Sie den **anhängenden Fragebogen vollständig ausfüllen**.

Bitte beantworten Sie JEDE Frage und überprüfen zuletzt die Vollständigkeit noch einmal.

Schicken Sie uns anschließend den ausgefüllten Fragebogen an die obenstehende Adresse zu, inkl. einer Kopie Ihrer Überweisung. Wir werden uns nach Eingang postalisch bei Ihnen melden, um mit Ihnen einen Termin für das Erstgespräch zu vereinbaren.

Zu diesem ersten Termin sind bitte mitzubringen:

- Chipkarte
- Überweisungsschein (ab Ausstellungsdatum 3 Monate Gültigkeit)
- schriftliche Befunde Ihren Schmerz betreffend, nicht älter als 2 Jahre (keine CDs)
- Medikamentenplan
- ggf. Schwerbeschädigtenausweis
- ggf. Zuzahlungsbefreiung

Bei Verhinderung sagen Sie Ihren Termin bitte unbedingt rechtzeitig telefonisch ab, so dass wir freiwerdende Termine an andere Schmerzpatienten/innen vergeben können.

Vielen Dank!
Ihr Praxisteam der Schmerztherapie Greifswald

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

(notwendig für Terminvergabe und Rückfragen!)

Bitte geben Sie ihr Alter an.

_____ Jahre

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

männlich

weiblich

Bitte geben Sie Ihre Größe an.

_____ cm

Bitte geben Sie Ihr Gewicht an.

_____ kg

Bitte geben Sie Ihre Krankenkasse an.

Privat

Gesetzlich

Keine Angabe

Bitte geben Sie Ihren Beruf an.

Angestellter

Rentner

Schüler/Student/Auszubildender

Beamter

Selbstständig

Arbeiter

Häusliche Tätigkeiten

Umschüler

Arbeitslos

Keine Angaben

Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt?

Lebe alleine

Kinder

Andere

Ehepartner/Partner

(Schwieger-) Eltern

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

Kein Abschluss

Mittlere Reife

Abitur

Universität

Keine Angabe

Hauptschule

Fachhochschulreife

Fachhochschule

Postgraduiert (Dr.)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Antworten ANONYM, d.h. OHNE Bezug auf meine Person für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden dürfen.

- Ja Nein

Seit wann sind Sie insgesamt aufgrund der momentanen Schmerzen in ärztlicher Behandlung?

- _____ Jahr
- | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jan | <input type="checkbox"/> Feb | <input type="checkbox"/> März | <input type="checkbox"/> Apr | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Jun |
| <input type="checkbox"/> Jul | <input type="checkbox"/> Aug | <input type="checkbox"/> Sep | <input type="checkbox"/> Okt | <input type="checkbox"/> Nov | <input type="checkbox"/> Dez |

Waren Sie aufgrund Ihrer Schmerzen in den letzten 3 Monaten arbeitsunfähig bzw. krankgeschrieben?

- Ja _____ (Wie viele Tage?) Nein
 die ganze Zeit

Glauben Sie, dass Sie wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können?

- Ja Nein

Wie hat sich Ihre Schmerzerkrankung seit Beginn der Behandlung geändert?

- Stark gebessert
 Wenig gebessert
 Unverändert
 Etwas schlechter
 Viel schlechter
 Die Schmerzerkrankung wurde noch nicht in dieser Praxis/Klinik behandelt.

Seit der letzten Behandlung ist mein allgemeiner Zustand:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sehr viel besser | <input type="checkbox"/> viel besser |
| <input type="checkbox"/> Ein wenig besser | <input type="checkbox"/> Unverändert |
| <input type="checkbox"/> Ein wenig schlechter | <input type="checkbox"/> viel schlechter |
| <input type="checkbox"/> Sehr viel schlechter | <input type="checkbox"/> Noch keine Behandlung |

Bitte geben Sie an, **welche** weiteren Ärzte oder Therapeuten Sie wegen Ihrer **Schmerzen wie oft** in den **letzten 3 Monaten** aufgesucht haben.

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Ambulanz im Krankenhaus | Wie oft: _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurg | Wie oft: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetologe | Wie oft: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt | Wie oft: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker | Wie oft: _____ |
| <input type="checkbox"/> Internist | Wie oft: _____ |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnast | Wie oft: _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurg | Wie oft: _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurologe | Wie oft: _____ |
| <input type="checkbox"/> Onkologe | Wie oft: _____ |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde | Wie oft: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychiater | Wie oft: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeut | Wie oft: _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheumatologe | Wie oft: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schmerztherapeut | Wie oft: _____ |
| <input type="checkbox"/> Anderer | Wie oft: _____ |
| <input type="checkbox"/> Stationär im Krankenhaus | Wie viele Tage: _____ |
| <input type="checkbox"/> Keinen | |

Wurden Sie schon einmal operiert?

Ja Nein

Wie oft wurden Sie operiert? _____Anzahl

Wann wurde die erste OP durchgeführt? _____ Jahr Weiß nicht

Wann wurde die letzte OP durchgeführt? _____ Jahr Weiß nicht

Wurden Sie aufgrund Ihrer Schmerzen operiert?

Ja Nein

Wie oft wurden Sie aufgrund Ihrer Schmerzen operiert? _____Anzahl

Nehmen Sie zurzeit Schmerzmittel?

Ja Nein

Seit wann nehmen Sie gegen Ihre Beschwerden Schmerzmittel?

seit Tagen seit Wochen seit Monaten seit Jahren

Bitte geben Sie an, von wem Sie in der Regel Ihre Schmerzmittel verordnet bekommen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetologe | <input type="checkbox"/> Hausarzt |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker | <input type="checkbox"/> Internist |
| <input type="checkbox"/> Neurologe | <input type="checkbox"/> Onkologe |
| <input type="checkbox"/> Rheumatologe | <input type="checkbox"/> Psychotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde | <input type="checkbox"/> Schmerztherapeut |
| <input type="checkbox"/> Selbstmedikation (Apotheke) | <input type="checkbox"/> Anderer |
| <input type="checkbox"/> Keine Schmerzmittel | |

Wegen meiner Schmerzen...

- ... werde ich keinen Rentenantrag stellen.
- ... beabsichtige ich einen Rentenantrag zu stellen.
- ... habe ich bereits einen Rentenantrag gestellt.
- ... beziehe ich eine Rente.
- Keine der Aussagen trifft zu

Berentung welcher Art:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vorgezogenes Altersruhegeld | <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> Erreichen der Altersgrenze |
| <input type="checkbox"/> Teilweise Erwerbsminderung | <input type="checkbox"/> Volle Erwerbsminderung |
| <input type="checkbox"/> Unfallrente | <input type="checkbox"/> Witwen- oder Waisenrente |
| <input type="checkbox"/> Weiß nicht | |

Beziehen Sie Ihre Rente:

Auf Zeit Endgültig Weiß nicht

Seit wann: _____ **Monat** _____ **Jahr** Weiß nicht

Haben Sie einen anerkannten Grad der Behinderung (GdB)?

Ja: Wie hoch ist der Grad? _____

Ist eine Höherstufung beantragt?

Ja Nein

Nein:

Ist ein GdB beantragt? Ja Nein

Hatten Sie wegen Ihrer Schmerzen schon einmal einen Kur- oder Krankenhausaufenthalt?

Ja Nein

Wie oft?

1mal 2mal 3mal 4mal Häufiger

Können Sie die Intensität Ihrer Schmerzen beeinflussen?

Ja Nein Weiß nicht

Wie oft treten Ihre Schmerzen auf?

Täglich Wöchentlich Gelegentlich Einmalig Weiß nicht

Wann treten Ihre Schmerzen auf?

morgens mittags nachmittags abends nachts Weiß nicht

Auf welche Ursache führen Sie Ihre Schmerzen zurück?

- Verletzung (z.B. Unfall, Operation)
- Begleiterkrankung (Diabetes, Rheuma)
- Seelisches Trauma (Trauer, Trennung)
- Sonstiges
- Weiß nicht

Leiden Sie unter Schmerzattacken?

Ja Nein

Wie oft treten diese Attacken durchschnittlich auf?

- Mehrfach täglich
- Einmal täglich
- Mehrfach wöchentlich
- Einmal wöchentlich
- Mehrfach monatlich
- Einmal monatlich
- Seltener als einmal pro Monat

Wie lange dauern Ihre Schmerzattacken?

- Sekunden
- Minuten Minuten: _____ Weiß nicht
- Stunden Stunden: _____ Weiß nicht
- Bis zu 3 Tagen
- Länger als 3 Tage
- Weiß nicht

Wie häufig treten Ihre Hauptschmerzen zurzeit auf?

- Ich bin überwiegend schmerzfrei
- Habe Schmerzen an weniger als 15 Tagen im Monat
- Schmerzen an mehr als 15 Tagen im Monat
- Meine Schmerzen sind täglich vorhanden

Haben Sie attacken- oder anfallsartige Schmerzen?

- Ja Nein

Wie viele Attacken/Schmerzpitzen hatten Sie gestern? Anzahl: _____

Wie gut können Sie Ihre Schmerzen ertragen?

- Entfällt, ich habe keine Schmerzen
- Ich kann meine Schmerzen recht gut ertragen
- Ich kann meine Schmerzen nicht gut ertragen
- Ich kann meine Schmerzen sehr schlecht ertragen

Wie stark sind Sie durch Ihre Schmerzen bei Ihren täglichen Aktivitäten beeinträchtigt, z.B. im Beruf, bei der Hausarbeit, in der Freizeit?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

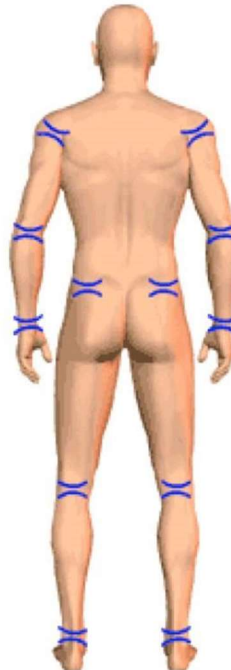
Keine
Beeinträchtigung

Maximale
Beeinträchtigung

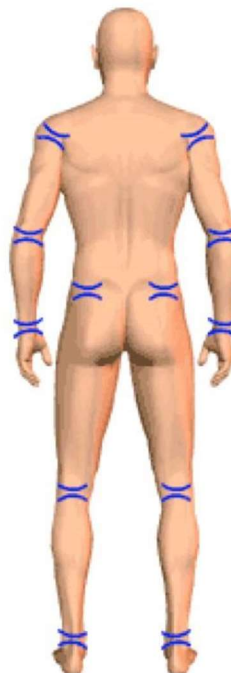
Haben Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen gehabt?

Ja Nein

Bitte geben Sie Ihren **Haupt**schmerzsbereich an.



In welche Körperregionen **strahlt** Ihr Schmerz **aus**?



Welches Bild beschreibt Ihren Schmerzverlauf am besten?

Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



Dauerschmerzen mit Schmerzattacken



Schmerzattacken dazwischen schmerzfrei



Schmerzattacken dazwischen Schmerzen



Leiden Sie in den eingezeichneten Bereichen unter einem Brenngefühl (z.B. Brennnesseln)?

Sehr stark Stark Mittel Gering Kaum Nie

Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen ein Kribbel- oder Prickelgefühl (wie Ameisenlaufen, Stromkribbeln)?

Sehr stark Stark Mittel Gering Kaum Nie

Ist leichte Berührung (Kleidung, Bettdecke) in diesem Bereich schmerzhaft?

Sehr stark Stark Mittel Gering Kaum Nie

Löste ein leichter Druck z.B. mit dem Finger in diesem Bereich Schmerzen aus?

Sehr stark Stark Mittel Gering Kaum Nie

Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen blitzartig, elektrisierende Schmerzattacken?

Sehr stark Stark Mittel Gering Kaum Nie

Ist Kälte oder Wärme (Badewannenwasser) in diesem Bereich gelegentlich schmerzhaft?

Sehr stark Stark Mittel Gering Kaum Nie

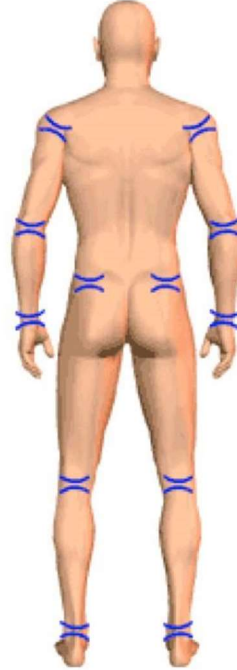
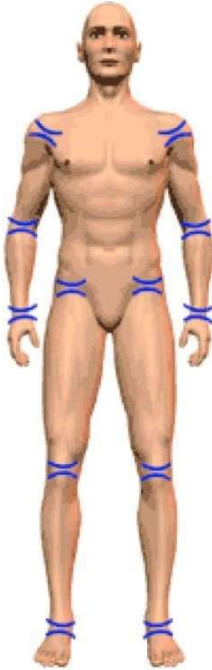
Leiden Sie in den von Ihnen eingezeichneten Bereichen unter Taubheitsgefühl?

Sehr stark Stark Mittel Gering Kaum Nie

Haben Sie **außerdem noch regelmäßig** Schmerzen?

Ja Nein

Bitte geben Sie die entsprechenden Körperregionen an.



Wie lange haben Sie in den vergangenen 4 Wochen normalerweise gebraucht, um einzuschlafen?

- 0-15 Minuten
- 16-30 Minuten
- 31-45 Minuten
- 46-60 Minuten
- mehr als 60 Minuten

Wie viele Stunden haben Sie in den vergangenen 4 Wochen durchschnittlich jede Nacht geschlafen? _____ Stunden

Wie oft in den vergangenen 4 Wochen...

...hatten Sie einen unruhigen Schlaf (unruhige Bewegungen, Anspannung, Sprechen, usw. im Schlaf)?

- Immer Meistens Ziemlich oft Manchmal
- Selten Nie Weiß nicht

...haben Sie genug Schlaf bekommen, so dass Sie sich beim Aufwachen am Morgen ausgeruht fühlten?

- Immer Meistens Ziemlich oft Manchmal
- Selten Nie Weiß nicht

...sind Sie kurzatmig oder mit Kopfschmerzen aufgewacht?

- Immer Meistens Ziemlich oft Manchmal
- Selten Nie Weiß nicht

...haben Sie sich tagsüber träge oder schläfrig gefühlt?

- Immer Meistens Ziemlich oft Manchmal
- Selten Nie Weiß nicht

...fiel es Ihnen schwer einzuschlafen?

- Immer Meistens Ziemlich oft Manchmal
- Selten Nie Weiß nicht

...sind Sie während des Schlafens aufgewacht und konnten nur schwer wieder einschlafen?

- Immer Meistens Ziemlich oft Manchmal
- Selten Nie Weiß nicht

...fiel es Ihnen schwer, tagsüber wach zu bleiben?

- Immer Meistens Ziemlich oft Manchmal
- Selten Nie Weiß nicht

...haben Sie während des Schlafens geschnarcht?

- Immer Meistens Ziemlich oft Manchmal
- Selten Nie Weiß nicht

...haben Sie tagsüber Nickerchen gehalten (5 Minuten oder länger)?

- Immer Meistens Ziemlich oft Manchmal
- Selten Nie Weiß nicht

...haben Sie ausreichend geschlafen?

- Immer Meistens Ziemlich oft Manchmal
- Selten Nie Weiß nicht

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

- Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag

- Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag

- Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag

- Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag

- Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag

- Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag

- Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag

- Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil 'zappelig' oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag

- Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?

Ja Nein

a) Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?

Ja Nein

b) Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?

Ja Nein

c) Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?

Ja Nein

d) Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?

Ja Nein

Geben Sie bitte an, wie sehr die zuvor beschriebenen Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zu Recht zu kommen.

Sehr stark Relativ stark Etwas Überhaupt nicht

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

a) Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis

Überhaupt nicht An einzelnen Tagen

An mehr als der Hälfte der Tage

b) Gefühl der Unruhe, so dass Stillsitzen schwerfällt

Überhaupt nicht An einzelnen Tagen

An mehr als der Hälfte der Tage

c) Leichte Ermüdbarkeit

Überhaupt nicht An einzelnen Tagen

An mehr als der Hälfte der Tage

d) Muskelverspannung, Muskelschmerzen

Überhaupt nicht An einzelnen Tagen

An mehr als der Hälfte der Tage

e) Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen

Überhaupt nicht An einzelnen Tagen

An mehr als der Hälfte der Tage

f) Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Lesen oder Fernsehen

Überhaupt nicht An einzelnen Tagen

An mehr als der Hälfte der Tage

g) Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit

Überhaupt nicht An einzelnen Tagen

An mehr als der Hälfte der Tage

Bitte beantworten Sie die Fragen in Bezug auf die letzten 7 Tage.

1. Können Sie ein Brot streichen?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
2. Können Sie aus einem normal hohen Bett aufstehen?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
3. Können Sie mit der Hand schreiben (mindestens eine Postkarte)?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
4. Können Sie Wasserhähne auf- und zudreuen?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
5. Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
6. Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
7. Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
8. Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
9. Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
10. Können Sie 1 Stunde lang auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe

11. Können Sie Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
12. Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
13. Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
14. Können Sie im Sitzen einen kleinen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
15. Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
16. Können Sie sich einen Wintermantel an- und ausziehen?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
17. Können Sie 100 Meter schnell laufen (nicht gehen) etwa um einen Bus noch zu erreichen?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
18. Können Sie öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Bahn usw.) benutzen?
 Ja, ohne Schwierigkeiten Ja, aber mit Mühe
 Nein oder nur mit fremder Hilfe

Achse 1: Zeitliche Aspekte

1. Wie oft traten Ihre (Haupt-)Schmerzen in den letzten 4 Wochen im Allgemeinen (durchschnittlich) auf?

- Nicht täglich
- Mehrmals täglich
- Dauerhafter Schmerz

2. Wie lange hielten Ihre (Haupt-)Schmerzen in den letzten Wochen im Allgemeinen an?

- Bis zu mehreren Stunden
- Bis zu einer Woche
- Länger als eine Woche, oder dauerhaft

3. a.) Zeigten Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen im Allgemeinen Schwankungen in der Stärke, d.h. wechselten die Schmerzen zwischen leichten, mäßigen und starken Schmerzen?

- 2-mal oder öfter die Woche
- Seltener als 2-mal die Woche
- Konstante Schmerzintensität

3. b.) Traten Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen in unterschiedlicher Stärke auf, d.h. gab es leichte, mäßig starke und starke Schmerzanfälle?

- Meistens
- Zeitweise
- Keine unterschiedliche Stärke

Achse 2: Räumliche Aspekte

1. An welchen Körperregionen litten Sie in den letzten 4 Wochen unter Schmerzen?

Wie viele Schmerzbilder konnten Sie dabei unterscheiden?

- Ein zusammengehörendes Schmerzbild
- 2 abgrenzbare Schmerzbilder
- Mehr als 2 Schmerzbilder

Achse 3: Medikamenteneinnahmeverhalten

1. Haben Sie während der letzten 4 Wochen Medikamente gegen Ihre Schmerzen eingenommen?
 - Keine Medikamente
 - Maximal 2 Medikamente
 - Mehr als 2 Medikamente

2. Wurde Ihnen jemals ein Medikament, das Sie wegen Ihrer Schmerzen einnahmen, entzogen oder wurde versucht, die Dosis wesentlich zu reduzieren?
 - Nein
 - Einmalig
 - Mehrfach

Achse 4: Patientenkarriere

1. Haben Sie wegen nicht erfolgreicher Behandlung Ihrer Schmerzen jemals Ihren Hausarzt bzw. Ihren persönlichen Arzt gewechselt?
 - Keine Wechsel
 - Maximal 3 Wechsel
 - Mehr als 3 Wechsel

2. Wurden Sie bereits einmal wegen Ihrer Schmerzen stationär in einem Krankenhaus behandelt?
 - Nein oder nur 1-mal
 - 2- oder 3-mal
 - Mehr als 3 Aufenthalte

3. Wurden Sie jemals aufgrund Ihrer Schmerzen operiert?
 - Keine oder eine schmerzbezogene Operation
 - Zwei bis drei schmerzbezogene Operationen
 - Mehr als drei schmerzbezogene Operationen

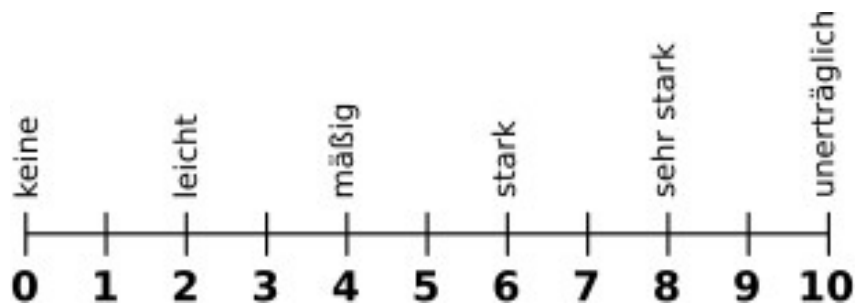
4. Waren Sie aufgrund Ihrer Schmerzen jemals zu einem Kuraufenthalt oder zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme?
 - Nein
 - 1- oder 2-mal
 - Mehr als 2-mal

Visuelle Analogskala Schmerz

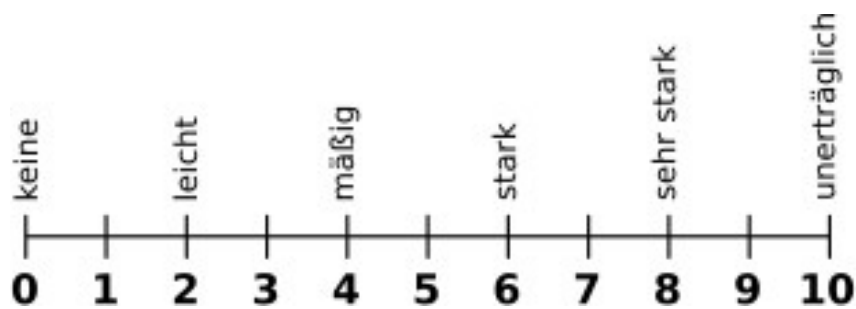
Wie würden Sie Ihren Schmerz **jetzt** im Augenblick einschätzen?



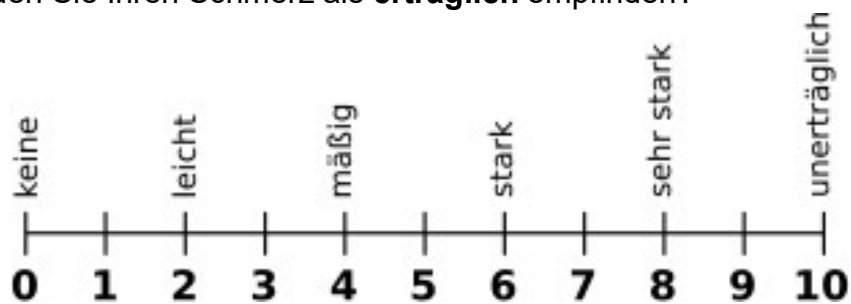
Wie stark war der **stärkste** Schmerz in **den letzten 4 Wochen**?



Wie stark war der Schmerz in den letzten 4 Wochen im **Durchschnitt**?



Ab wann würden Sie Ihren Schmerz als **erträglich** empfinden?



VAS Schlaf/Stimmung

Geben Sie auf der Skala an, wie stark beeinträchtigt Sie Ihren Schlaf empfinden.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Keine
Beeinträchtigung

Maximale
Beeinträchtigung
(wegen Schmerzen
unfähig zu schlafen)

Geben Sie auf der Skala an, wie stark beeinträchtigt Sie Ihr Wohlbefinden empfinden.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Keine
Beeinträchtigung

Maximale
Beeinträchtigung

Geben Sie auf der Skala an, wie stark beeinträchtigt Sie Ihr körperliches Befinden empfinden.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Keine
Beeinträchtigung

Maximale
Beeinträchtigung

Waren Sie aufgrund Ihrer Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig bzw. krankgeschrieben?

Ja Nein

Wie viel Tage: _____ die ganze Zeit

In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Keine
Beeinträchtigung

Maximale
Beeinträchtigung

In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Keine
Beeinträchtigung

Maximale
Beeinträchtigung

In welchem Maße haben die Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Keine
Beeinträchtigung

Maximale
Beeinträchtigung

Leiden Sie unter Rückenschmerzen?

Ja Nein

wenn ja:

Haben Sie Ihre aktuellen Rückenschmerzen schon länger als eine Woche?

Ja Nein

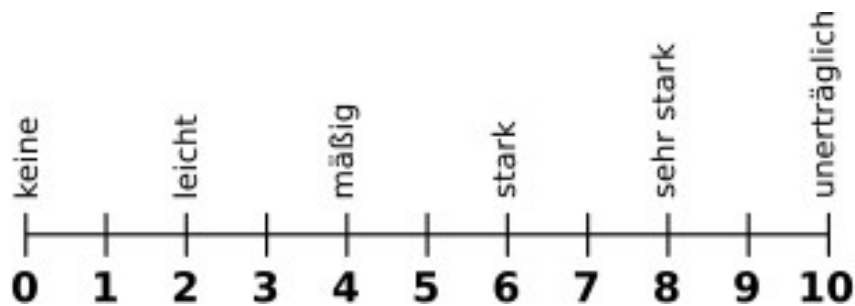
Haben Sie außer Rückenschmerzen noch andere Schmerzen?

Ja Nein

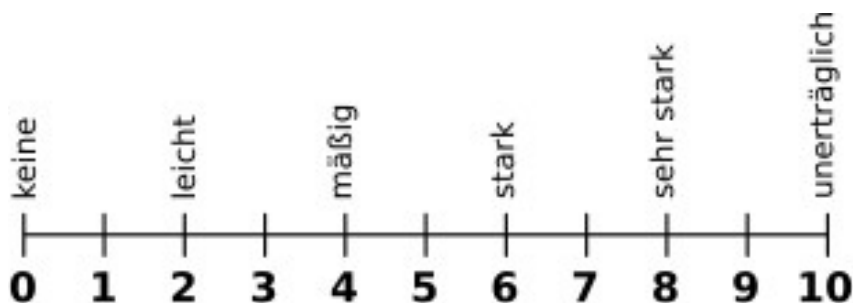
Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen in der letzten Woche durchschnittlich?



Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen in der letzten Woche, wenn es am besten war?



Wie stark dürfen Ihre Beschwerden noch sein, wenn die Behandlung erfolgreich ist?



Hilft Ihnen - nach Ihrer bisherigen Erfahrung - Massage Ihre Rückenschmerzen zu lindern?

Ja Nein Ich weiß nicht

Wenn Sie in den vergangenen 14 Tagen Ihre Schmerzen bewusst registriert haben, wie oft ist Ihnen der folgende Gedanke durch den Kopf gegangen?

- Was kann nur dahinter stecken?
 Nie Fast nie Selten Manchmal Oft Meistens Jedes Mal
- Warum muss ich nur diese schwere Last ertragen?
 Nie Fast nie Selten Manchmal Oft Meistens Jedes Mal
- Ich glaube beinahe, die gehen überhaupt nicht wieder weg.
 Nie Fast nie Selten Manchmal Oft Meistens Jedes Mal
- Diese üblen Schmerzen verderben mir aber auch alles!
 Nie Fast nie Selten Manchmal Oft Meistens Jedes Mal
- Was bedeutet das nur?
 Nie Fast nie Selten Manchmal Oft Meistens Jedes Mal
- Ich werde doch keinen Tumor haben?
 Nie Fast nie Selten Manchmal Oft Meistens Jedes Mal
- Bald ertrage ich es nicht mehr länger!
 Nie Fast nie Selten Manchmal Oft Meistens Jedes Mal
- Ob ich die gleiche, schlimme Krankheit habe wie...
 Nie Fast nie Selten Manchmal Oft Meistens Jedes Mal
- Ach, das wird überhaupt nicht besser.
 Nie Fast nie Selten Manchmal Oft Meistens Jedes Mal
- Hach, jetzt ist wieder der ganze Tag verdorben.
 Nie Fast nie Selten Manchmal Oft Meistens Jedes Mal
- Das Leben mit diesem Schmerz ist kaum noch lebenswert!
 Nie Fast nie Selten Manchmal Oft Meistens Jedes Mal
- Was mache ich nur, wenn sie jetzt wieder schlimmer werden?
 Nie Fast nie Selten Manchmal Oft Meistens Jedes Mal
- Wie lange muss ich diese Schmerzen noch ertragen?
 Nie Fast nie Selten Manchmal Oft Meistens Jedes Mal
- Es wird doch keine schlimme Krankheit dahinterstecken?
 Nie Fast nie Selten Manchmal Oft Meistens Jedes Mal

Wie war Ihr Befinden in den letzten 14 Tagen?

- Ich fühle mich bedrückt, schwermütig und traurig.
 Nie/Selten Manchmal Oft Meistens/Immer
- Ich weine plötzlich oder mir ist oft zum Weinen zumute.
 Nie/Selten Manchmal Oft Meistens/Immer
- Ich kann nachts schlecht einschlafen.
 Nie/Selten Manchmal Oft Meistens/Immer
- Ich bin unruhig und kann nicht stillhalten.
 Nie/Selten Manchmal Oft Meistens/Immer
- Ich tue Dinge, die ich früher tat, immer noch gern.
 Nie/Selten Manchmal Oft Meistens/Immer

In diesem Fragebogen werden Ihre Kopfschmerzen in Bezug auf Migräne untersucht.

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Ja / Nein

An wie vielen **Tagen** pro Monat haben Sie **irgendwelche Kopfschmerzen**?

_____ Tage pro Monat




Nehmen Sie Schmerzmittel gegen Ihre Kopfschmerzen ein?

Nein

Ja, vom Arzt verschriebene
An wie viel Tagen pro Monat? _____Tage pro Monat

Ja, frei erhältliche
An wie viel Tagen pro Monat? _____Tage pro Monat

Es werden Ihnen Fragen zu drei verschiedenen Kopfschmerztypen gestellt:

Kopfschmerz Typ A	Kopfschmerz Typ B	Kopfschmerz Typ C
		
<p>Der Schmerz fühlt sich pochend und pulsierend an.</p>	<p>Der Schmerz fühlt sich dumpf drückend an.</p>	<p>Der Schmerz fühlt sich reißend an.</p>

Typ A - Der Schmerz fühlt sich pochend und pulsierend an.



Während der Schmerzattacken sucht man eher Ruhe auf.

An wie vielen Tagen pro Monat haben Sie Schmerzen, die zu Kopfschmerz Typ A passen?

An ca. _____Tagen. Keine Schmerzen

Konzentriert sich Ihr Schmerz, insbesondere bei Beginn, in einer der beiden **Kopfhälften**?

Ja / Nein

Fühlt sich Ihr Schmerz **pulsierend oder pochend** an?

Ja / Nein

Sind Ihre Schmerzen so stark, dass Sie den üblichen **Tagesablauf** erschweren oder unmöglich machen?

Ja / Nein

Verstärken sich Ihre Schmerzen deutlich beim Treppensteigen oder anderen **körperlichen Aktivitäten**?

Ja / Nein

Wenn Sie Schmerzen haben, ist Ihnen dann häufig **übel**?

Ja / Nein

Wenn Sie Schmerzen haben, sind Sie dann sehr **licht- oder lärmempfindlich**?

Ja / Nein

Dauern Ihre unbehandelten oder erfolglos behandelten Schmerzen üblicherweise zwischen **4 Stunden und 3 Tagen**?

Ja / Nein

Hatten Sie schon mindestens zweimal folgende **Wahrnehmungen**, bevor Ihre Schmerzen begonnen haben?

Ich sehe dann **sternförmige Zacken!**

Ja / Nein

Ich sehe dann in Teilen des Gesichtsfeldes **gar nichts mehr!**

Ja / Nein

Ich spüre dann ein **Kribbeln** oder Taubheit, das an einem Arm hochsteigt!

Ja / Nein

Ich spüre dann nur auf einer Seite eine **Schwäche** in den Armen oder Beinen!

Ja / Nein

Ich habe dann deutliche **Sprach- oder Sprechstörung!**

Ja / Nein

Dauern die in den letzten 5 Fragen beschriebenen Wahrnehmungen vor einer Schmerzattacke **weniger als 60 Minuten**?

Ja / Nein

Typ B - Der Schmerz fühlt sich dumpf drückend an.



Körperlicher Bewegung verschlimmert den Schmerz kaum.

An wie vielen Tagen pro Monat haben Sie Schmerzen, die zu Kopfschmerz Typ B passen?

An ca. _____Tagen. Keine Schmerzen

Fühlt sich Ihr Schmerz **drückend** bis ziehend an? (nicht pulsierend!)

Ja / Nein

Tritt Ihr Schmerz üblicherweise auf **beiden Kopfhälften** auf?

Ja / Nein

Können Sie trotz der Behinderung durch die Schmerzen Ihren **Tagesablauf** einigermaßen beibehalten?

Ja / Nein

Können Sie Treppensteigen oder anderen **körperlichen Anstrengungen** nachgehen, ohne dass sich die Schmerzen verstärken?

Ja / Nein

Wenn Sie Schmerzen vom Typ B (nicht Typ A!) haben, sind diese dann in der Regel **mit starker Übelkeit und Erbrechen** verbunden?

Ja / Nein / Keine Schmerzen vom Typ B

Wenn Sie Schmerzen vom Typ B (nicht Typ A!) haben, sind diese dann in der Regel **mit starker Licht- oder Lärmempfindlichkeit** verbunden?

Ja / Nein / Keine Schmerzen vom Typ B

Dauern Ihre unbehandelten oder erfolglos behandelten Schmerzen üblicherweise zwischen **30 Minuten und mehreren Tagen bzw. Wochen**?

Ja / Nein / Keine Schmerzen vom Typ B

Typ C - Der Schmerz fühlt sich reißend an.



Während der Schmerzattacken verspürt man eine große Bewegungsunruhe.

An wie vielen Tagen pro Monat haben Sie Schmerzen, die zu Kopfschmerz Typ C passen?

An ca. _____Tagen. Keine Schmerzen

Ist Ihr Schmerz ohne Ausnahme **auf einer Seite**?

Ja / Nein

Spüren Sie den Schmerz wie einen Messerstich **hinter dem Auge**?

Ja / Nein

Laufen Sie während der Schmerzattacke **umher**?

Ja / Nein

Wenn Sie Schmerzen vom Typ C haben, treten dann oft folgende **Begleiterscheinungen** auf?

- einseitiges deutlich **tränenendes Auge**? Ja / Nein / Keine Schmerzen vom Typ C
- einseitiges deutlich **gerötetes Auge**? Ja / Nein
- einseitiges deutliches **Nasenlaufen**? Ja / Nein
- einseitiges deutlich **hängendes Augenlid**? Ja / Nein
- einseitig deutlich **verengte Pupillen** (ggf. Partner fragen)? Ja / Nein

Dauern Ihre unbehandelten oder erfolglos behandelten Schmerzen üblicherweise zwischen **15 Minuten und 3 Stunden**?

Ja / Nein / Keine Schmerzen vom Typ C

Haben Sie mindestens 14 **schmerzfreie Tage** ohne Schmerzen vom Typ C?

Ja / Nein / Keine Schmerzen vom Typ C

Leiden Sie an Kopfschmerzen?

Ja / Nein

Bitte markieren Sie die Zonen, wo Sie Ihre Kopfschmerzen haben:

