DR. NORBERT URSEL

Schmerztherapie

Praxis Dr. Norbert Ursel

Kapuzinerstr. 1A | 76530 Baden-Baden

Schmerz-Fragebogen

Kontaktdaten

Name, Vorname _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____ . _____ . _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

_____

Wichtige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Ohne den vollständig ausgefüllten Fragebogen kann Ihr anstehender Termin zur schmerztherapeutischen Erstberatung NICHT stattfinden.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre Schmerzen besser einschätzen zu können, sind für uns Informationen aus unterschiedlichen Bereichen erforderlich. Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen so genau wie möglich, berichten Sie über bisherige Behandlungen und schildern Sie die Auswirkungen der Schmerzen auf Ihr Befinden und Ihre Lebensumstände.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an: ☐ → ☒.
Bitte schreiben Sie Ihre Antworten auf die Linien.

Bitte lassen Sie keine Frage aus! Herzlichen Dank

Entfernung von Ihrer Wohnung bis zu unserer Praxis (km): ca. _____ km

Überweisende:r Ärztin / Arzt:

Name: _____ Ort: _____

Ärzte / Psychotherapeuten, die Sie zurzeit hauptsächlich behandeln:

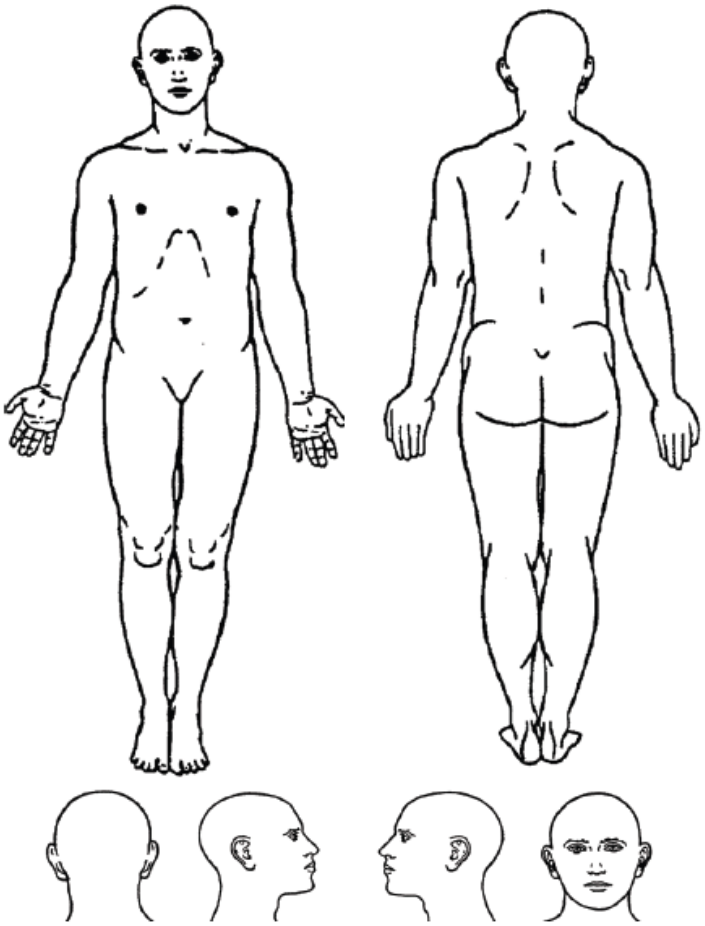
Name: _____ Ort:_____

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____

Heutiges Datum: _____ . _____ . _____

Schmerzbeschreibung

1 **Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, wo genau ihre Schmerzen auftreten.**



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

2 Wegen welcher Schmerzen kommen Sie **hauptsächlich** zur Behandlung?
Mehrfachantworten möglich.

- ☐ Kopf / Gesicht
- ☐ Nacken / Schultern
- ☐ Arme / Hände
- ☐ Oberer Rücken / Brustwirbelsäule
- ☐ Unterer Rücken / Lendenwirbelsäule
- ☐ Hüften / Gesäß
- ☐ Beine / Füße
- ☐ Bauchbereich (Ober- und Unterbauch)
- ☐ Geschlechtsorgane / After
- ☐ Schmerzen in einer Körperhälfte / im ganzen Körper

2A Haben Sie irgendwo am Körper ein **Taubheitsgefühl, Gefühllosigkeit oder Kribbeln**? Wo?

Haben Sie irgendwo am Körper eine **Muskelschwäche oder Lähmung**? Wo?

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____

3 **3a.** Seit wann bestehen diese Schmerzen?

☐ weniger als 1 Monat
☐ 1 Monat bis 1/2 Jahr
☐ 1/2 Jahr bis 1 Jahr
☐ 1 bis 2 Jahre
☐ 2 bis 5 Jahre
☐ mehr als 5 Jahre

3b. Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind?

☐ ja - und zwar:
Datum: _____ . _____ . _____

☐ nein

4a Welche Aussage trifft auf Ihre Schmerzen in den **letzten 4 Wochen** am besten zu?
Bitte nur **eine** Angabe!

☐ Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen
☐ Dauerschmerzen mit starken Schwankungen
☐ Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei
☐ Dauerschmerzen + zusätzliche Schmerzattacken

4b Falls Sie an Schmerzattacken leiden -- wie **oft** treten die Attacken durchschnittlich auf?

☐ einmal am Tag
☐ mehrfach am Tag
☐ einmal in der Woche
☐ mehrfach in der Woche
☐ einmal im Monat
☐ mehrfach im Monat
☐ seltener als einmal im Monat

4c Wie **lange** dauern diese Attacken durchschnittlich?

☐ Sekunden
☐ Minuten
☐ Stunden
☐ bis zu drei Tage
☐ länger als drei Tage

5 Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten **Tageszeiten** besonders stark?
Mehrfachantworten sind möglich.

☐ nein
☐ ja -- wann? ☐ morgens ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ abends ☐ nachts

6 Wie empfinden Sie Ihre Schmerzen? Bitte für jedes Wort ein Kreuz machen.

Ich empfinde meine Schmerzen als...	**trifft genau zu (3)**	**trifft weit-gehend zu (2)**	**Trifft ein wenig zu (1)**	**trifft nicht zu (0)**
... dumpf				
... drückend				
... pochend				
... klopfend				
... stechend				
... ziehend				
... heiß				
... brennend				
... elend				
... schauderhaft				
... scheußlich				
... furchtbar				

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____

6A

Was **verschlimmert** den Hauptschmerz?

Sitzen ☐	Stehen ☐	Gehen ☐	Liegen ☐	Kälte ☐	Wärme ☐

Stress ☐	Ruhe ☐	Menstruation ☐	Ärger ☐	Angst ☐	Leichte Berührungen ☐

Wetterwechsel ☐	Husten / Niesen ☐	Sonstiges: ☐	_____ ☐

Was **lindert** den Hauptschmerz?

Leichte Bewegung ☐	Lagewechsel ☐	Liegen ☐	Kälte ☐	Wärme ☐	Ablenkung ☐

Entspannung ☐	Positives Denken ☐	Körperliche Anstrengung ☐	Sonstiges: ☐	_____ ☐

6B

Zusätzliche Beschwerden

	stark	**mäßig**	**kaum**
Schwächegefühl, Mattigkeit	☐	☐	☐
Benommenheit, Konzentrationsschwäche	☐	☐	☐
Kloßgefühl, Enge im Hals, Schluckbeschwerden	☐	☐	☐
Stiche, Schmerzen, Ziehen in der Brust	☐	☐	☐
Druck oder Völlegefühl im Leib	☐	☐	☐
Übelkeit	☐	☐	☐
Sodbrennen oder saures Aufstoßen	☐	☐	☐
Verstopfung	☐	☐	☐
Durchfall	☐	☐	☐
Darmkrämpfe	☐	☐	☐
Störungen beim Wasserlassen	☐	☐	☐
Innere Unruhe	☐	☐	☐
Vermehrte Reizbarkeit	☐	☐	☐
Vermehrte Grübelei, Depressionen	☐	☐	☐
Potenzstörungen, sexuelle Lustlosigkeit, Erektionsstörungen	☐	☐	☐
Schwindel	☐	☐	☐
Starkes Schwitzen, Schweißausbrüche, Nachtschweiß	☐	☐	☐
Schweregefühl und Müdigkeit in den Beinen	☐	☐	☐
Ohrgeräusche, Tinnitus	☐	☐	☐

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? _____

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____

Wie oft wachen Sie nachts auf?

Warum wachen Sie nachts auf?

Einschätzung eigener Risikofaktoren:

Nikotin ☐	Alkoholkonsum ☐	Übergewicht ☐	Bewegungsmangel ☐	Drogen ☐	Medikamentenübergebrauch ☐

Sonstiges:

6C

Eingeschränkte Tätigkeiten:

Ich kann _____ Minuten ohne erhebliche Schmerzverstärkung **gehen.**
Ich kann _____ Minuten ohne erhebliche Schmerzverstärkung **sitzen.**
Ich kann _____ Minuten ohne erhebliche Schmerzverstärkung **stehen.**

Tätigkeiten	**Problemlos**	**Erschwert möglich**	**Hilfe notwendig**	**Nicht möglich**
Antrieb (z.B. morgens aufstehen)				
Konzentration, klares Denken				
Umgang mit Stress				
Schreiben				
Kommunikation (Sprechen, Sehen, Hören, Telefonieren)				
Gehen, Laufen, Einkaufen gehen				
Treppensteigen				
Bücken, vorn übergebeugtes Arbeiten				
Hand-/Armgebrauch				
Überkopfarbeiten				
Feinere Handarbeiten				
Körperpflege, sich Waschen, Duschen				
An- und Entkleiden				
Mahlzeiten vorbereiten, Essen, Trinken, Kochen				
Putzen, Wäsche machen				
Freunde besuchen				
Ihre Hobbys ausführen				
Veranstaltungen besuchen (z. B. Konzerte, Theater)				
Auto fahren				
Sonstige Einschränkungen:				

Was bedeutet die Beeinträchtigung durch die Schmerzen für Ihren Tagesablauf? (z.B. oft Pausen machen, hinlegen oder ähnliches…)

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____

Befürchten Sie Einschränkungen Ihrer Selbstversorgungsfähigkeit? Sind Sie bereits abhängig von Hilfe anderer?

Welche Umstände / Menschen helfen Ihnen, mit Ihren Einschränkungen besser umzugehen?

Welche Umstände erschweren Ihren Umgang mit den Schmerzen?

Im häuslichen Umfeld:

Im beruflichen Umfeld:

6D

Psychische und soziale Belastungen			
	Stimmt genau	**Stimmt etwas**	**Stimmt nicht**
Ich empfinde meinen Arbeitsplatz als körperlich stark belastend	☐	☐	☐
Ich empfinde meinen Arbeitsplatz als seelisch stark belastend	☐	☐	☐
Das Verhältnis zu meinen Kollegen / Vorgesetzten ist getrübt	☐	☐	☐
Ich weiß nicht, wie es beruflich weitergehen soll	☐	☐	☐
Ich leide unter erheblichen finanziellen Belastungen	☐	☐	☐
Ich leide unter Konflikten mit meinem Partner / meiner Partnerin	☐	☐	☐
Ich leide unter Konflikten mit anderen Familienmitgliedern	☐	☐	☐
Ich leide unter Konflikten im Freundeskreis	☐	☐	☐
Ich habe keine befriedigenden Freizeitaktivitäten	☐	☐	☐
Ich leide unter dem Verlust eines Angehörigen / einer Bezugsperson	☐	☐	☐
Wer ist das und seit wann?			
Ich pflege schwer kranke Angehörige?	☐	☐	☐
Wer ist das und seit wann?			
Ich leide noch unter einem früheren schlimmen Ereignis	☐	☐	☐
Ich leide unter Vereinsamung	☐	☐	☐
Sonstige Belastungen? Welche?	☐	☐	☐

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____

Geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie bitte auf den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden. Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

0 = kein Schmerz | 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

7a Geben Sie Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

7b Geben Sie 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

7c Geben Sie 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

7d Geben Sie 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

8a In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der letzten 3 Monate. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die Auswirkungen der Schmerzen erfahren. An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

☐ Ich konnte meinen üblichen Aktivitäten an allen Tagen nachgehen.

☐ Ich konnte meinen üblichen Aktivitäten an etwa _____ Tagen **nicht** nachgehen.

8b In welchem Maße haben die Schmerzen Ihren **Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.)** beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

8c In welchem Maße haben die Schmerzen Ihre **Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- und Freundeskreis** beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

8d In welchem Maße haben die Schmerzen Ihre **Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit)** beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

SG nach Korff

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____

Ursachen und Einflussfaktoren

9 Auf welche Ursachen führen Sie Ihre Schmerzen zurück? Mehrfachnennungen möglich.

☐ für mich ist keine Ursache erkennbar ☐ auf eine bestimmte Krankheit

wenn ja, welche?

☐ auf eine Operation, wenn ja, welche?

Datum der OP: _____ . _____ . _____

☐ auf einen Unfall, wenn ja, welchen?

Unfalldatum: _____ . _____ . _____

☐ auf körperliche Belastung

☐ auf seelische Belastung

☐ auf eine andere Ursache, wenn ja, welche?

10 Können Sie selbst etwas tun, um Ihre Schmerzen **günstig zu beeinflussen**?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, was tun Sie selbst, um Ihre Schmerzen günstig zu beeinflussen?

11 Wissen Sie, was Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen **auslöst oder verschlimmert**?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, was löst die Schmerzen aus oder verschlimmert sie?

Allgemeines Wohlbefinden

Bitte schätzen Sie Ihr derzeitiges allgemeines Wohlbefinden ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in der **letzten Woche** meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft:

0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

12

Aussage	0	1	2	3	4	5
Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.						
Ich bin innerlich erfüllt gewesen.						
Ich habe mich behaglich gefühlt.						
Ich habe mein Leben genießen können.						
Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.						
Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.						
Ich habe mich richtig freuen können.						

Marburger Fragebogen habituellen Wohlbefinden

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____

Fragen zu Ihrem Befinden

Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage während der letzten Woche auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.
Versuchen Sie, sich **spontan** für eine Antwort zu entscheiden.

0 = Traf gar nicht zu | 1 = manchmal | 2 = ziemlich oft | 3 = die meiste Zeit

13

Aussage	0	1	2	3
Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.				
Ich spürte, dass mein Mund trocken war.				
Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.				
Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit).				
Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.				
Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.				
Ich zitterte (z.B. an den Händen).				
Ich fand alles anstrengend.				
Ich machte mir Sorgen, in Panik zu geraten und mich lächerlich zu machen.				
Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.				
Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.				
Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.				
Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.				
Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.				
Ich fühlte mich einer Panik nahe.				
Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.				
Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.				
Ich fand mich ziemlich empfindlich.				
Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne körperliche Anstrengung (Gefühl von Herzrasen, Herzstolpern).				
Ich fühlte mich grundlos ängstlich.				
Ich empfand das Leben als sinnlos.				

DASS Skala

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____

Bisherige Behandlungen

14 Wurden Sie wegen Ihrer Schmerzen bereits untersucht oder behandelt?

☐ ja -- bitte weiter bei Frage 15

☐ nein -- bitte weiter bei Frage 17

15a Kreuzen Sie bitte die Facharzt- bzw. Berufsgruppe an, die Sie wegen Ihrer Schmerzen bisher aufgesucht haben (Mehrfachantworten sind möglich).

☐ Hausärzt:in	☐ Neurochirurg:in	☐ Psychotherapeut:in
☐ Internist:in	☐ Orthopäde:in	☐ Ergotherapeut:in
☐ Chirurg:in	☐ Neurolog:in	☐ Radiolog:in
☐ Psychiater:in	☐ Schmerztherapeut:in	☐ Physiotherapeut:in

Andere: _____

15b Wurde bei Ihnen bereits eine Schmerzdiagnose gestellt?

☐ ja -- wenn ja, welche?

_____

☐ nein

16 Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob Ihre Schmerzen durch diese Maßnahmen zumindest zeitweise gelindert wurden.

Behandlungsmaßnahme	Erhalten?	Gelindert: ja	zeitweise	nein
Medikamente				
Infusionen				
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden				
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)				
Krankengymnastik				
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie				
Elektrische Nervenstimulation (TENS)				
Akupunktur				
Psychotherapie				
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback				
Medikamenten-Entzug				
Kur-/Reha-Behandlung				
Anderes:				

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____

17 Hatten Sie schon einmal eine Operation, die im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen stand?
☐ ja -- Wie oft? _____ mal ☐ nein

Wenn ja, welche?

Art der Operation	Jahr der Operation
1.	
2.	
3.	

18 **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte alle Medikamente eintragen, die Sie zurzeit einnehmen.

Medikament	Stärke	Form (Tablette/ Pflaster)	morgens	mittags	abends	zur Nacht	nur bei Bedarf >>wie oft im Monat?

19 **Frühere Schmerzmedikamente:** Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben. Bitte bewerten Sie auch deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen.

Früheres Schmerzmedikament	wirksam: nein	wirksam: etwas	wirksam: ja	Nebenwirkungen

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____

20 Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, gegen welche?

_____

Erkrankungen / Begleiterkrankungen

Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen? Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte. Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind.
„ 0 “ bedeutet keine Beeinträchtigung, „ 3 “ besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

21

Erkrankungsgruppe	ja	0	1	2	3	nein
Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs Welche Erkrankung ? _____						
Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Nerven-verletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Trauma, Polyneuropathie, Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Schlaganfall, Andere: _____						
Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Tuberkulose, Lungenentzündung, Andere: _____						
Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Andere: _____						
Magen-, Darmerkrankungen z.B. Entzündung der Magen-schleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit), Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz, Magen- oder Darmblutung, Andere: _____						
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse, Andere: _____						
Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Nierenkoliken, Nierensteine, Andere:_____						
Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Diabetes mellitus, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Erhöhung der Blutfettwerte Andere: _____						
Hauterkrankungen (Psoriasis, Ekzeme, Nesselsucht...)						
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (Arthrose, Osteoporose, Rheuma...)						
Andere Erkrankungen:						
Risikofaktoren: Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV						
Unverträglichkeiten / Allergien (Pflaster, Lebensmittel, Hausstaub...)						

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____

Schmerz-Bewertungs-Skala (PCS)

Die folgenden 13 Sätze beschreiben verschiedene Gedanken und Gefühle, die bei Schmerzen auftreten können. Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala eine Zahl bei jeder Frage, wie stark diese Gedanken und Gefühle auf Sie zutreffen, wenn Sie Schmerzen haben.

0 = trifft überhaupt nicht zu | 1 = eher nicht | 2 = teils/teils | 3 = eher zu | 4 = trifft immer zu

22

Gedanken / Gefühle bei Schmerzen	0	1	2	3	4
Ich mache mir ständig Sorgen, ob die Schmerzen jemals wieder aufhören werden.					
Ich denke, ich kann nicht mehr.					
Der Zustand ist schrecklich und ich denke, dass es nie mehr besser wird.					
Der Zustand ist furchtbar und droht mich zu überwältigen.					
Ich habe das Gefühl, ich halte es nicht mehr aus.					
Ich bekomme Angst, dass die Schmerzen noch stärker werden.					
Ich denke ständig an andere Situationen, in denen ich Schmerzen hatte.					
Ich wünsche mir verzweifelt, dass die Schmerzen weggehen.					
Ich kann nicht aufhören, an die Schmerzen zu denken.					
Ich denke ständig daran, wie sehr es schmerzt.					
Ich denke ständig daran, wie sehr ich mir ein Ende der Schmerzen wünsche.					
Es gibt nichts, was ich tun kann, um die Schmerzen zu lindern.					
Ich mache mir Sorgen, dass die Schmerzen auf etwas Schlimmes hindeuten.					

PCS

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

23

In diesem Fragebogenabschnitt geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Ihre Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie gut Sie Ihre A**lltags-tätigkeiten** ausüben können. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

☐ ausgezeichnet ☐ sehr gut ☐ gut

☐ weniger gut ☐ schlecht

Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Gesundheit bei folgenden Tätigkeiten eingeschränkt?

Tätigkeit	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. Mittelschwere Tätigkeiten (Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln)			
3. Mehrere Treppenabsätze steigen			

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten?

	nie	selten	manchmal	meistens	immer
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.					

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____

5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder Tätigkeiten ausführen.					

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	nie	selten	manchmal	meistens	immer
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.					
7. Ich konnte meine Arbeit nicht so sorgfältig wie sonst erledigen.					

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen Ihre Alltagstätigkeiten beeinträchtigt?					

Wie oft fühlten Sie sich in den vergangenen 4 Wochen...

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
9. ... ruhig und gelassen?						
10. ... voller Energie?						
11. ... entmutigt und traurig?						

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
12. Wie häufig haben körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen beeinträchtigt?					

VR-12

Allgemeine Fragen zu Ihrer Person

24

1. Welches Geschlecht haben Sie? ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

2. In welchem Jahr wurden Sie geboren? _____

3. Was ist Ihr Familienstand?

☐ ledig
☐ verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft
☐ geschieden / getrennt lebend
☐ verwitwet

4. Leben Sie in einer festen Partnerschaft? ☐ ja ☐ nein

5. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt (Sie selbst eingerechnet)? ____ Personen

5a. Wie viele Kinder haben Sie? _____

6. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

☐ Haupt- / Volksschulabschluss
☐ Realschulabschluss / Mittlere Reife
☐ Fachhochschulreife
☐ Abitur / Allgemeine Hochschulreife
☐ anderen Schulabschluss
☐ keinen Schulabschluss

7. Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen? Mehrfachnennungen möglich.

☐ Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)
☐ Fachschule / Fachakademie
☐ Fachhochschule / Ingenieurschule
☐ Universität / Hochschule
☐ andere Berufsausbildung
☐ keine Ausbildung

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____

☐ Ich befinde mich derzeit in beruflicher Ausbildung
(Azubi / Student: in)

8. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt?

_____

☐ Ich war noch nie berufstätig

9. Was trifft auf Sie zu? Ich bin derzeit ...

☐ in Vollzeit erwerbstätig
☐ in Teilzeit erwerbstätig
☐ geringfügig beschäftigt / Minijob
☐ in beruflicher Ausbildung / Lehre
☐ Hausfrau / Hausmann
☐ Schülerin / Schüler
☐ Studentin / Student
☐ Rentnerin / Rentner
☐ arbeitssuchend / arbeitslos
☐ sonstiges

10. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 3 Monaten krankgeschrieben?
☐ an keinem Tag ☐ an ungefähr _____ Tagen krankgeschrieben

11. Sind Sie zurzeit krankgeschrieben?
☐ ja - seit wann? Datum: _____ . _____ . _____
☐ nein, nicht krankgeschrieben
Glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können? ☐ ja ☐ nein

12. Haben Sie einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt? ☐ ja ☐ nein

☐ bewilligt ☐ noch nicht entschieden ☐ abgelehnt ☐ im Widerspruchs-/Klageverfahren

13. Wurde ein Grad der Behinderung (GdB) festgestellt? ☐ ja -- GdB: _____ ☐ nein

14. Sind Sie zurzeit gehfähig? ☐ ja ☐ nein

15. Sind Sie für Ihre eigene Versorgung auf Hilfe angewiesen? ☐ ja ☐ nein

Rehabilitationsziele und Behandlungswünsche

25 Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt?

☐ ja -- Wo? _____ Fachrichtung? _____ Jahr? _____
☐ nein

Welche Ziele möchten Sie gerne erreichen?

☐ Schmerzlinderung
☐ Medikamente reduzieren
☐ besser schlafen können
☐ länger stehen können
☐ länger sitzen können
☐ mich wieder besser selbst versorgen können
☐ den Haushalt wieder besser führen
☐ wieder Freunde/Veranstaltungen besuchen
☐ mich psychisch wieder besser fühlen
☐ mehr über die Schmerzkrankheit erfahren
☐ besser mit Schmerzen umgehen lernen
☐ Eigenübungsprogramm erlernen (Gymnastik, Entspannung...)
☐ wieder arbeitsfähig werden
☐ Rente bekommen

Ihre eigenen Ideen:

_____

_____

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____

Kommt eine stationäre Schmerz-Rehabilitation / Behandlung für Sie grundsätzlich in Frage?
☐ ja ☐ nein

Vorbehandlungen

26.

1. Bitte notieren Sie soweit möglich Namen, Fachrichtung und Adresse von Ärzten, Heilpraktikern und anderen Therapeuten, bei denen Sie wegen Ihrer Schmerzen bereits in Behandlung waren/sind:

Name	Fachrichtung	Adresse	in Behandlung von - bis

2. Bitte notieren Sie Ihre schmerzbezogenen stationären Behandlungen (Krankenhausaufenthalte):

Krankenhaus / Klinik	Adresse	in Behandlung von - bis

3. Bitte notieren Sie Ihre schmerzbezogenen Aufenthalte in Kur- oder Rehabilitationskliniken:

Klinik / Kureinrichtung	Adresse	in Behandlung von - bis

4. Wurden bei Ihnen aufgrund Ihrer Schmerzen bildgebende Verfahren durchgeführt (z.B. MRT, Röntgen, CT, Ultraschall)? ☐ nein ☐ ja

Körperteil / Bereich	Zuletzt wann?
Wirbelsäule	
Kopf, Becken, Hüfte, Gliedmaßen	
Innere Organe (Lunge, Nieren, Darm, Magen)	
Sonstiges	

Bitte kontrollieren Sie sorgfältig, dass alle Fragen beantwortet sind!

Ohne den vollständig ausgefüllten Fragebogen kann Ihr anstehender Termin zur schmerztherapeutischen Erstberatung NICHT stattfinden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____

DR. NORBERT URSEL

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Screeningbogen bei psychiatrischen Diagnosen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre schmerztherapeutische Behandlung besser auf Sie abstimmen zu können und Sie auf psychologisch/psychiatrischem Erkrankungsgebiet besser einschätzen zu können, möchten wir Sie bitten, den nachfolgenden Fragebogen zu beantworten.

Leiden Sie unter einer der folgenden psychischen Erkrankungen?

Diagnose	ja	nein
ADHS (Aufmerksamkeitshyperaktivitätssyndrom)		
Essstörung (Anorexie, Bulimie…)		
Angststörung/Panikstörung/soziale Phobie oder spezifische Phobie		
Bipolare Störung		
Borderline-Syndrom		
Burnout		
Chronischen Fatigue-Syndrom (chronisches Erschöpfungssyndrom)		
Depression Falls ja: ☐ leicht ☐ mittelgradig ☐ schwer		
Manie (angehobene Stimmung, Antrieb und Aktivität)		
Posttraumatischen Belastungsstörung (Folgereaktion auf eine oder mehrere traumatische Ereignisse)		
Psychosen		
Schizophrenie (Störung der Wahrnehmung, des Denkens,		

der Ich-Umweltgrenze, des Affektes und der Psychomotorik)		

Name, Vorname: _____

Fortsetzung Screeningbogen bei psychiatrischen Diagnosen

	ja	nein
Haben Sie aktuell Selbstmordgedanken (Suizid)?		
Haben Sie bereits einen Suizidversuch hinter sich? Falls Ja: Wann?		
Befinden Sie sich aktuell in psychologischer Behandlung? Falls Ja: Seit wann? In welchem Rhythmus finden die Termine statt?		
Befinden Sie sich in psychiatrischer Behandlung?		
Waren Sie in den letzten 24 Monaten in einer psychiatrischen stationären Einrichtung? Falls Ja: Wo? Wie lange war der Aufenthalt? Was war der Grund für den Aufenthalt?		

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Bitte auf jede Seite in Druckbuchstaben Name, Vorname,:_____