

# SCHMERZFRAGEBOGEN



## Mehr Aktivität - weniger Schmerz!

Initiative durch:  
Überweisender Arzt:  
Telefonnummer:

Bitte nicht selbst ausfüllen

Ausgabe:

Eingang:

Ersttermin:

**Bitte Überweisung vom Hausarzt oder Facharzt und Befunde  
mitbringen!**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

um die Ursachen Ihrer Schmerzen besser einschätzen zu können, sind für uns Informationen aus unterschiedlichen Bereichen erforderlich. Daher ist es für uns wichtig, wie Sie Ihre Schmerzen genau beschreiben, an welchen Behandlungen Sie mit welchem Erfolg bereits teilgenommen haben und welche Auswirkungen der Schmerz auf Ihr Befinden und Ihre Lebensumstände hat.

Ihre freiwilligen Angaben dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gespräches und der Untersuchung.

Bitte beantworten Sie möglichst alle Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen.

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ihre Fragebogendaten werden in unserem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, damit diese Ihren Therapeuten während Ihrer Behandlung jederzeit zur Verfügung stehen. Zugang haben nur berechnigte Mitarbeiter unserer Abteilung, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

1. Patientenname (Vor- und Familienname): \_\_\_\_\_

2. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

3. Geschlecht o m o w Körpergröße (cm): \_\_\_\_\_ Körpergewicht (kg): \_\_\_\_\_

4. Familienstand:  
 o ledig                    o verheiratet                    o geschieden  
 o verwitwet            o Lebensgemeinschaft

5. Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

6. Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

7. Nationalität: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

---

8. Sind Sie derzeit berufstätig?            o ja                    o nein

Wenn nein, bitte zutreffendes ankreuzen:  
 o RehaGeld (befristet bis.....)    o Berufsunfähigkeitspension  
 o Schüler/Student                    o Pension  
 o Arbeitslos                            o Hausfrau/Hausmann

9. Befinden Sie sich in einem laufenden Verfahren (RehaGeld, Pensionsantrag, Invaliditätspension, Schadenerstatz)?  
 o ja            o nein

10. Geplante Maßnahmen?  
 Kur                                            o ja            o nein  
 Rehabilitation                            o ja            o nein  
 Sonstige Therapien                      o ja            o nein

11. Sind Sie derzeit im Krankenstand?    o ja                    o nein

12. Berufsausbildung:  
 o Lehre (Beruf \_\_\_\_\_)            o Matura  
 o Universität                            o kein Abschluss

12. Derzeitiger Beruf: \_\_\_\_\_

13. Bitte beschreiben Sie selbst in kurzen Worten Ihren Schmerz und die derzeitige Situation:

Gibt es einen bestimmten Auslöser oder eine Ursache? Wann trat der Schmerz das erste Mal auf? In welcher Situation tritt er auf?

---

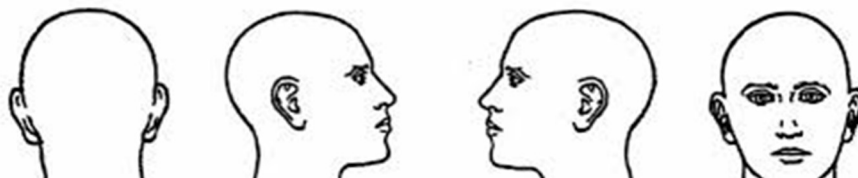
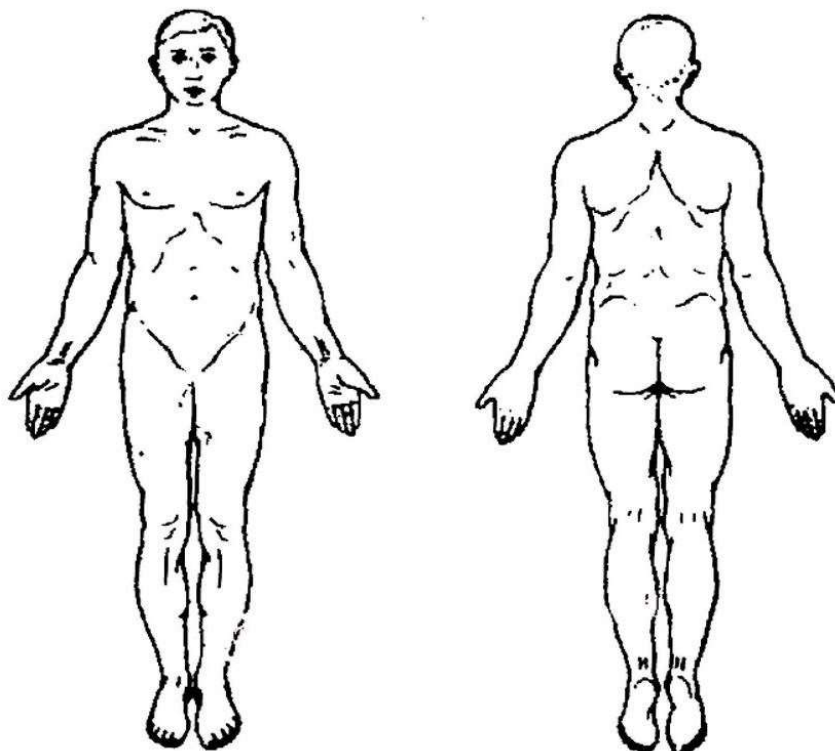


---



---

14. Bitte zeichnen Sie Ihre schmerzenden Stellen ein:



15. Ist der Schmerz:

drückend  
 brennend

klopfend  
 elektrisierend

stechend  
 ziehend

einschließend

16. Strahlt der Schmerz aus?

nein

ja      wohin? \_\_\_\_\_

17. **Seit wann** bestehen die Beschwerden?

o seit \_\_\_\_\_ Jahren    o seit \_\_\_\_\_ Monaten    o genaues Datum: \_\_\_\_\_

18. Auf **welche Ursache** führen Sie Ihre Beschwerden zurück?

o keine Ursache erkennbar

o auf eine bestimmte Krankheit welche? \_\_\_\_\_

o auf eine Operation welche? \_\_\_\_\_ Datum der Operation: \_\_\_\_\_

o auf einen Unfall, welchen? \_\_\_\_\_ Datum des Unfalles:

\_\_\_\_\_

o sonstiges: \_\_\_\_\_

19. Schmerzdauer:

Sie leiden unter: (bitte ankreuzen)

o Dauerschmerz (ständig Schmerzen, kein schmerzfreies Intervall)

**oder**

o Schmerzattacken (täglich, wöchentlich, monatlich) wie oft?: \_\_\_\_\_

Wie lange dauern diese Attacken? (Sekunden, Minuten, Stunden, Tage): \_\_\_\_\_

20. Sind ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark?

o ja

o nein

o morgens    o tagsüber

o abends    o nachts

21. Was löst ihre Schmerzen aus, oder verschlimmert sie?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

o Ich weiß es nicht

22. Womit können Sie Ihre Schmerzen günstig beeinflussen? (Schlafen, Hinlegen, Spazieren gehen, Ablenkung, Haltungs- oder Lageänderung)

o \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

o Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen

23. Geben Sie Ihre derzeitige Schmerzstärke an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]  
 kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

24. Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

Waren diese hilfreich?

<p><input type="checkbox"/> bisher keine Schmerzbehandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamente/Infusionen</p> <p><input type="checkbox"/> Infiltrationen/Blockaden</p> <p><input type="checkbox"/> Physiotherapie (Einzelheilgymnastik, Taping, Massagen)</p> <p><input type="checkbox"/> Physikalische Therapie (Elektro, Fango, Ultraschall,.....)</p> <p><input type="checkbox"/> Psychotherapie (Gesprächstherapie, Entspannungstechniken, Biofeedback)</p> <p><input type="checkbox"/> Manuelle Therapie (Chiropraktik, Osteopathie, craniosacrale Therapie,....)</p> <p><input type="checkbox"/> Kur-/Reha-/Krankenhausaufenthalte (Anzahl): _____</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges: _____</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>ja</td> <td>teilweise</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		ja	teilweise	nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	teilweise	nein																										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										

25. Zählen Sie **alle Operationen** auf, geben Sie den ungefähren Zeitpunkt und die operierte Seite an:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

26. Geben Sie bitte **alle Medikamente** mit der jeweiligen Dosierung an, die Sie **derzeit einnehmen** (Schmerzmedikamente, Blutdruck, Blutzucker, Hormone, Nahrungsergänzungsmittel, Blutverdünnung,.....):

**Beispiel**

Medikament	früh	mittags	abends	nachts	nur bei Bedarf	ca. wie oft pro Monat?
Ibuprofen 600 mg	x		x			
Thrombo ASS 100 mg		x				
Parkemed 500 mg					X	ca. 8 x pro Monat

Bitte hier die Medikamente eintragen:	früh	mittags	abends	nachts	nur bei Bedarf	ca. wie oft pro Monat?

27. Welche **Schmerzmedikamente** wurden bis jetzt eingenommen?

Frühere Schmerzmedikamente	waren diese wirksam?			Nebenwirkungen?
	nein	etwas	ja	Bitte beschreiben Sie die Nebenwirkungen

28. Haben Sie **Allergien?** (Medikamente, Gräser, Hausstaub,.....)

ja             nein

wenn ja, gegen was? Welche **Symptome/Beschwerden** hatten Sie? (Hautausschlag, Atemnot, Kreislaufbeschwerden,...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

29. Geben Sie bitte weitere Krankheiten oder Krankheitsfolgen an:		
<b>Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
genaue Erkrankung: _____		
<b>Erkrankungen des Nervensystems, Gehirn und Rückenmark</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
(z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Schlaganfall, Polyneuropathie, Rückenmarksverletzungen, Schädel-Hirn-Trauma)		
genaue Erkrankung: _____		
<b>Erkrankungen der Atemwege</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
(z. B. Asthma, chron. Bronchitis, Tuberkulose, Lungenentzündung)		
genaue Erkrankung: _____		
<b>Erkrankungen von Herz oder Kreislauf</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
(z. B. KHK, Rhythmusstörungen, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma, Z. n. Herzinfarkt, Thrombose oder Embolie)		
genaue Erkrankung: _____		
<b>Magen-, Darmerkrankungen</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
(z. B. Entzündung der Magenschleimhaut, Speiseröhre oder Bauchspeicheldrüse, Reflux, Geschwüre, Reizdarm, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz, Zustand nach Magen- oder Darmblutung)		
genaue Erkrankung: _____		
<b>Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
(z. B. Hepatitis, Leberzirrhose, Gallenkoliken oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse)		
genaue Erkrankung: _____		
<b>Erkrankungen der Niere, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
(z. B. chron. Nierenversagen, Harnwegsentzündungen, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung, Nierenkoliken)		
genaue Erkrankung: _____		
<b>Stoffwechsel-Erkrankungen</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
(z. B. Diabetes mellitus, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Erhöhte Blutfettwerte)		
genaue Erkrankung: _____		
<b>Hauterkrankungen</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
(z. B. Psoriasis Schuppenflechte), Ekzeme)		
genaue Erkrankung: _____		
<b>Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
(z. B. Polyarthritis, M. Bechterew, Skoliose, Rheuma, Osteoporose, Arthrose, Bruch eines Wirbelkörpers)		
genaue Erkrankung: _____		
<b>Seelische Leiden</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
(z. B. Depression, Angstzustände, Panikattacken, Magersucht, chron. Müdigkeit, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose)		
genaue Erkrankung: _____		
<b>Andere Erkrankungen</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
genaue Erkrankung: _____		
<b>Risikofaktoren (HIV, Hepatitis, Blutgerinnungsstörungen)</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
(z. B. HIV, Hepatitis, Blutgerinnungsstörungen, Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten)		
genaue Erkrankung: _____		



Was möchten Sie uns noch mitteilen? (Erwartungen, Ziele, Wünsche,.....)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit aller Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Behandlung beeinträchtigen können.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Datum