

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

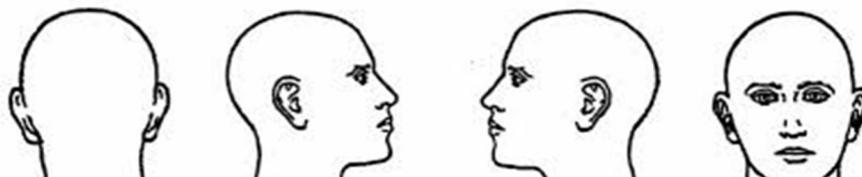
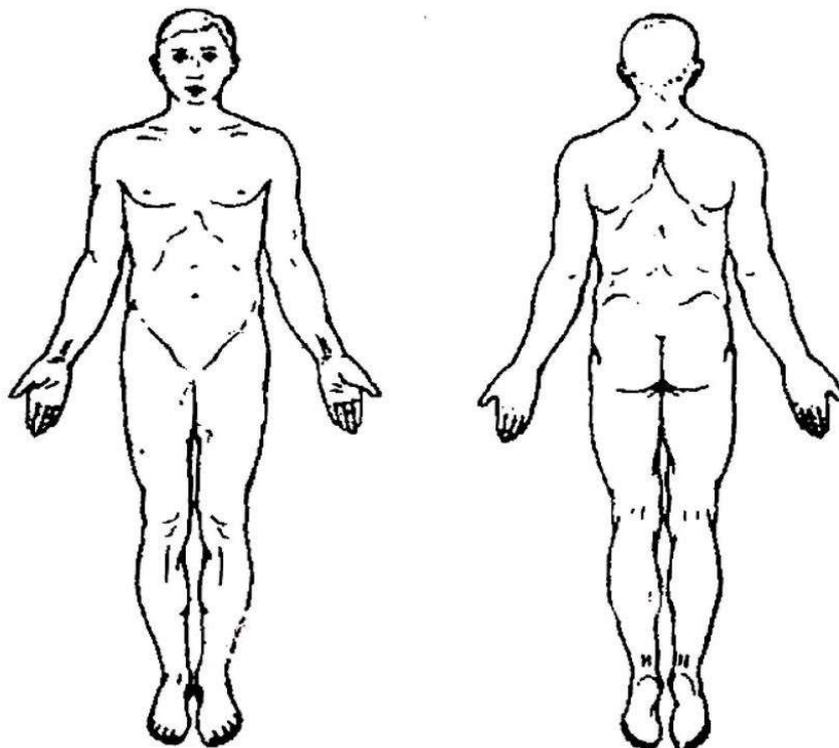
12. Berufsausbildung:
 o Lehre (Beruf _____) o Matura
 o Universität o kein Abschluss

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?

seit _____ Jahren seit _____ Monaten genaues Datum: _____

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

keine Ursache erkennbar

auf eine bestimmte Krankheit welche? _____

auf eine Operation welche? _____ Datum der Operation: _____

auf einen Unfall, welchen? _____ Datum des Unfalles:

sonstiges: _____

19. Schmerzdauer:

Sie leiden unter: (bitte ankreuzen)

Dauerschmerz (ständig Schmerzen, kein schmerzfreies Intervall)

oder

Schmerzattacken (täglich, wöchentlich, monatlich) wie oft?: _____

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

20. Sind ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark?

ja

nein

morgens tagsüber

abends nachts

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

Ich weiß es nicht

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

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?

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

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