

# Fragebogen für Schmerz-Patienten

Schmerzfragebogen der Arbeitsgruppe Dokumentation der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)

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

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankengeschichte. Sie dienen zusätzlich zu den vorhandenen medizinischen Berichten und Befunden der Klärung Ihres Krankheitsbildes und erleichtern uns die Planung Ihrer weiteren Diagnostik und Behandlung.

**Die gewissenhafte und vollständige Beantwortung aller Fragen liegt daher in Ihrem eigenen Interesse.**

Manche Fragen werden Ihnen unwichtig oder sogar 'indiskret' vorkommen und scheinen überhaupt nicht im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen zu stehen. 'Schmerzen' sind jedoch ein so umfassendes Problem, daß wir möglichst viele Einzelheiten von Ihnen erfahren müssen.

**Bitte füllen Sie den Fragebogen selbständig und ohne fremde Hilfe aus !**

Alle Daten dieses Fragebogens unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes unterworfen.

Bearbeitungsnummer:

Datum:     
Tag Monat Jahr

1. Nachname:  Vorname:

Geburtsname:  Geburtsdatum:     
Tag Monat Jahr

2. Geschlecht: männlich  weiblich

3. PLZ:  Wohnort:  Straße:

Tel., privat:  Tel., dienstl.:

4. Konfession: ev.  röm.-kath.  jüd.  moham.  sonstige

5. Personenstand: ledig  verh.  verw.  gesch.

6. Körpergröße (cm):  Körpergewicht (kg):

7. Name, Adresse und Telefon-Nummer des **überweisenden Arztes**:

8. Name, Adresse und Telefon-Nummer des **Hausarztes**:

9. **Entfernung** von Ihrer Wohnung bis zu **unserer** Praxis / Klinik (in km): ca.

10. Krankenkasse für **ambulante** Behandlung:

11. Krankenkasse für **stationäre** Behandlung:

12. **Zusatzversicherung** für stationäre Behandlung: ja  nein

13. **Beihilfe**-Berechtigung: ja  nein

14. Name des **Stammversicherten**:  Vorname:

Geburtsdatum:     
Tag Monat Jahr

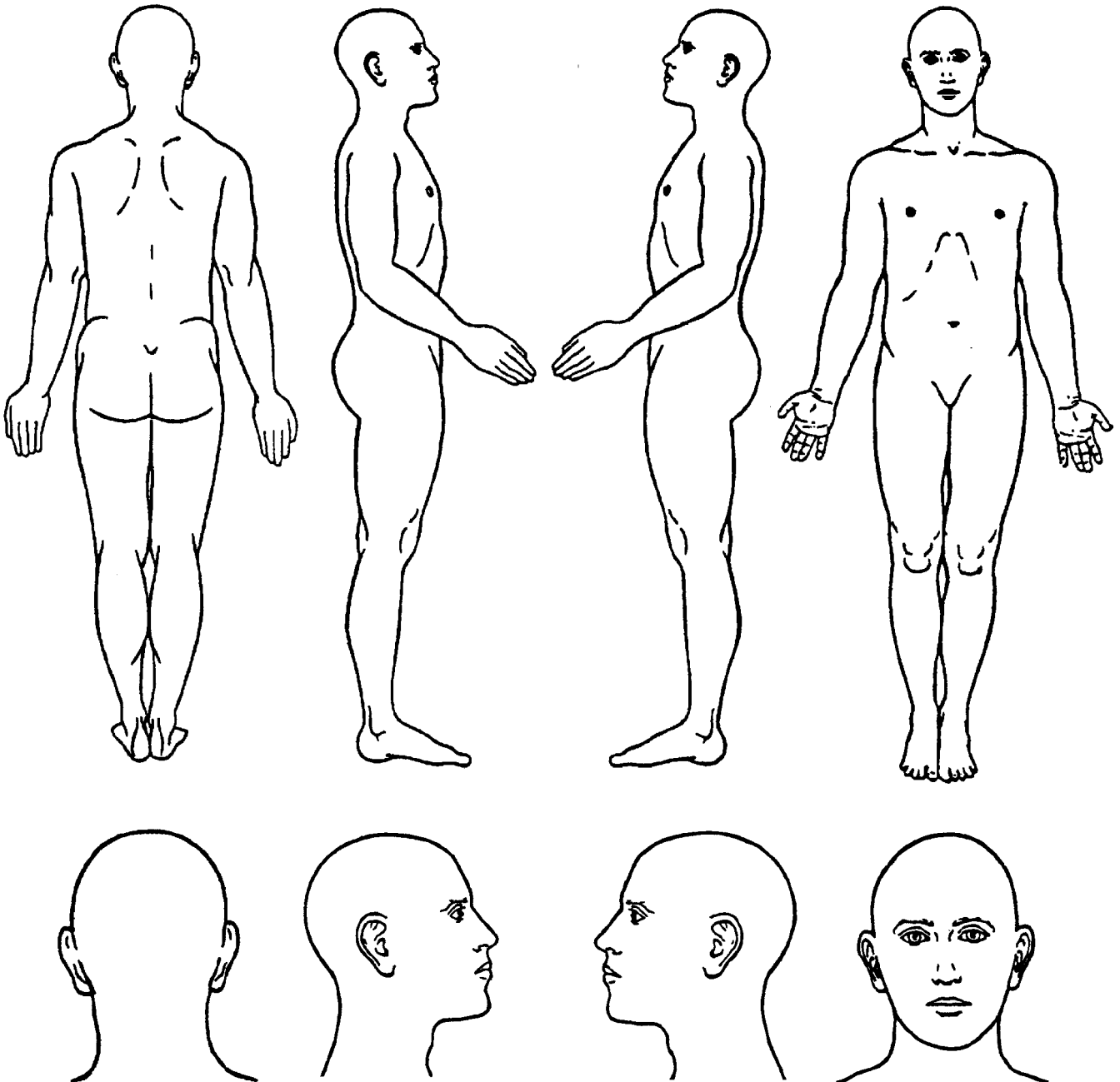
15. Beruf:  arbeitslos  Rentner

16. Sind Sie zur Zeit **gefähig** ? ja  nein

17. Sind Sie für Ihre eigene Versorgung (Körperpflege, Anziehen, Essen) **auf fremde Hilfe angewiesen** ? ja  nein

18. Malen Sie bitte in den nachfolgenden Körperschemata ein, **wo** Sie **überall** Schmerzen haben.

Bitte kennzeichnen Sie das **ganze** Schmerzgebiet (durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber bzw. durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern etc.), damit wir wirklich wissen, wo Sie **überall** Schmerzen haben.



HABEN SIE AUCH WIRKLICH **ALLE** SCHMERZORTE EINGEZEICHNET?

19. Bitte versuchen Sie hier, Ihre Schmerzen **mit Ihren eigenen Worten** zu beschreiben (z.B. "ziehender oder brennender oder pochender Schmerz, in der Schulter beginnend, in den Unterarm ausstrahlend; verstärkt sich bei Bewegung der Schulter").

---

---

---

---

---

---

**Bitte benutzen Sie für weitere Ausführungen ein Extrablatt**

20. Bitte geben Sie anhand der folgenden **Liste** an, **wo Sie überall Schmerzen haben**. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Schmerzgebiete an. Für **beidseitige** Schmerzen markieren Sie bitte links **und** rechts.

	links	rechts	Mitte
Gesicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stirn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schläfe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohr .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oberkiefer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterkiefer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundhöhle / Zähne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken / Hinterkopf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
untere Halswirbelsäule.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obere Schulter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schultergelenk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oberarm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ellenbogen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterarm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hand / Finger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
obere Rückenhälfte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb vorn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb seitlich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberbauch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterbauch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch seitlich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiste .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
untere Rückenhälfte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Steißbein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftgelenk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oberschenkel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterschenkel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fuß / Zehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Becken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsorgane.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afterbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Gelenke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Die Fragen 21 - 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen (Frage 21)**

Nachdem Sie in den bisherigen Fragen Angaben zu **allen** Ihren Schmerzorten gemacht haben, bitten wir Sie nun sich auf **einen Hauptschmerz** (siehe Frage 21) festzulegen. Die Fragen 22 bis 34 können von uns nur dann richtig beurteilt werden, wenn sich Ihre Angaben auf Ihren **Hauptschmerz** (Frage 21) beziehen.

21. Kreuzen Sie jetzt bitte bei dieser Frage ausschließlich Ihren **Hauptschmerz** an. **Legen Sie sich dabei auf einen Hauptschmerz fest.**

	links	rechts	Mitte
Mund/ Gesicht / Kopf.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hals- / Nackenbereich .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulter / Arm / Hand .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Brustkorb / obere Rückenhälfte.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bauchbereich .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
untere Rückenhälfte / Gesäß .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hüfte / Bein / Fuß .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Beckenbereich.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschlechtsorgane / After .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehrere Gelenke.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
gesamter Körper.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. **Wo** fühlen Sie Ihre **Hauptschmerzen** ? (Mehrfachnennungen sind möglich)

in der Tiefe .....

oberflächlich (in der Haut, in der Schleimhaut) .....

außerhalb des Körpers (z.B. im Phantomglied).....

23. Wechselt Ihr Hauptschmerz oft die Seite? ja  nein

24. Seit **wann** bestehen Ihre **Hauptschmerzen** ? Datum: 

Tag	Monat	Jahr

25. Litt oder leidet in Ihrer **Familie** jemand an ähnlichen Schmerzen ? ja  nein

Wenn ja, an welchen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Die Fragen 21 - 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen**

26. Die nachfolgenden Aussagen beschreiben die Schmerzempfindung genauer. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit die vorgegebene Empfindung für Ihre Schmerzen stimmt.

Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

4 = trifft genau zu      3 = trifft weitgehend zu      2 = trifft ein wenig zu      1 = trifft nicht zu

Beurteilen Sie Ihre Schmerzen so, wie sie in der letzten Zeit typisch gewesen sind.  
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz und lassen Sie bei der Beantwortung keine Aussage aus.

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
ich empfinde meine Schmerzen als quälend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als grausam .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als erschöpfend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als heftig .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als mörderisch .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als elend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als schauerhaft .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als scheußlich .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als schwer .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als entnervend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als marternd .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als furchtbar .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als unerträglich .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als lähmend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als schneidend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als klopfend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als brennend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als reißend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als pochend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als glühend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als stechend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als hämmernd .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als heiß .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als durchstoßend .....	④	③	②	①

SES © Hogrefe 1996

ich empfinde meine Schmerzen als dumpf .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als drückend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als ziehend .....	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als pulsierend .....	④	③	②	①

