



SCHMERZKLINIK KIEL

Klinik für neurologisch-
verhaltensmedizinische
Schmerztherapie

KIELER SCHMERZFRAGEBOGEN

LIEBE PATIENTIN,
LIEBER PATIENT,

Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Fragen finden. Diese sind zur Ursachenerkennung und zur Auswahl der Behandlung Ihrer Schmerzproblematik von besonderer Wichtigkeit. Bitte versuchen Sie, alle Fragen sorgfältig zu beantworten.

Frau Herr

Name.....

Vorname.....

Geburtsdatum.....

Straße.....

Wohnort.....

Telefonnummer.....

Telefaxnummer.....

E-mail.....

Krankenkasse.....

Zusatzversicherung.....

Beihilfe.....

Beruf mit genauer Angabe der ausgeübten Tätigkeit

.....

.....

Heutiges Datum.....

Name und Adresse des überweisenden Arztes

.....

.....

.....

.....

Prof. Dr. Hartmut Göbel

Ärztlicher Direktor
Facharzt für Neurologie
Spezielle Schmerztherapie
Psychotherapie
Diplom-Psychologe (Univ.)

Heikendorfer Weg 9-27
D-24149 Kiel

Tel. 0431-20099-150
Fax 0431-20099-159

E-mail: hg@schmerzlinik.de
Internet: www.schmerzlinik.de

Anmeldungen

Sprechstunde Prof. H. Göbel
Tel. 0431-20099-150
Fax 0431-20099-159
E-mail: fromm@schmerzlinik.de

Integrierte Versorgung
Tel. 0431-20099-0
Fax 0431-20099-129
E-mail: iv-netz@schmerzlinik.de

Stationäre Aufnahme
Tel. 0431-20099-120
Fax 0431-20099-129
E-mail: aufnahme@schmerzlinik.de

Prä- und poststationäre Behandlung
Ltd. Oberarzt Dr. A. Heinze
Tel. 0431-20099-400
Fax 0431-20099-409
E-mail: heinze@schmerzlinik.de

Stationen
Tel. 0431-20099-180
Fax 0431-20099-189

Download Aufnahmecheckliste
www.schmerzlinik.de

Behandlungsschwerpunkte

Migräne und
Kopfschmerzkrankungen

Schmerzen bei Erkrankungen der
Muskulatur und des
Bewegungsapparates

Neurogene Schmerzen bei
Erkrankungen des peripheren
und zentralen Nervensystems

Schmerzen bei Unfallschäden
Verhaltensmedizin

Verwaltung

Schmerzlinik Kiel GmbH & Co KG
Heikendorfer Weg 9-27 · D-24149 Kiel
E-mail: kiel@schmerzlinik.de
AG Kiel HRB 4686

Komplementärin:
Schmerzlinik Kiel Verwaltungs-GmbH
AG Kiel HRA 3758
Geschäftsführer:
Prof. Dr. Hartmut Göbel

Bankverbindung: Apobank Kiel
Konto-Nr. 000 643 4665
BLZ: 210 906 19

IK 260 101 923

A. ALLGEMEINE FRAGEN:**1. FAMILIENSTAND:**

- ledig
 verheiratet, in Ehe
 geschieden, mal
 verwitwet

ANZAHL DER KINDER:

2. GRAD DER FAMILIÄREN BELASTUNG:

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie sich durch Ihre familiäre Situation belastet fühlen.

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| gar
nicht | sehr
schwach | schwach | mittlerer
Bereich | stark | sehr
stark |

3. SIND SIE ZUM ERSTEN MAL HIER?

- Ja
 nein, zum mal

4. WELCHEN SCHULABSCHLUSS HABEN SIE?

- Keinen
 Hauptschule
 mittlere Reife
 Abitur / Fachhochschulreife
 Universität / Hochschule / Fachhochschule

5. GRAD DER BERUFLICHEN UND FINANZIELLEN BELASTUNG:

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie sich subjektiv durch Ihre berufliche oder finanzielle Situation belastet fühlen.

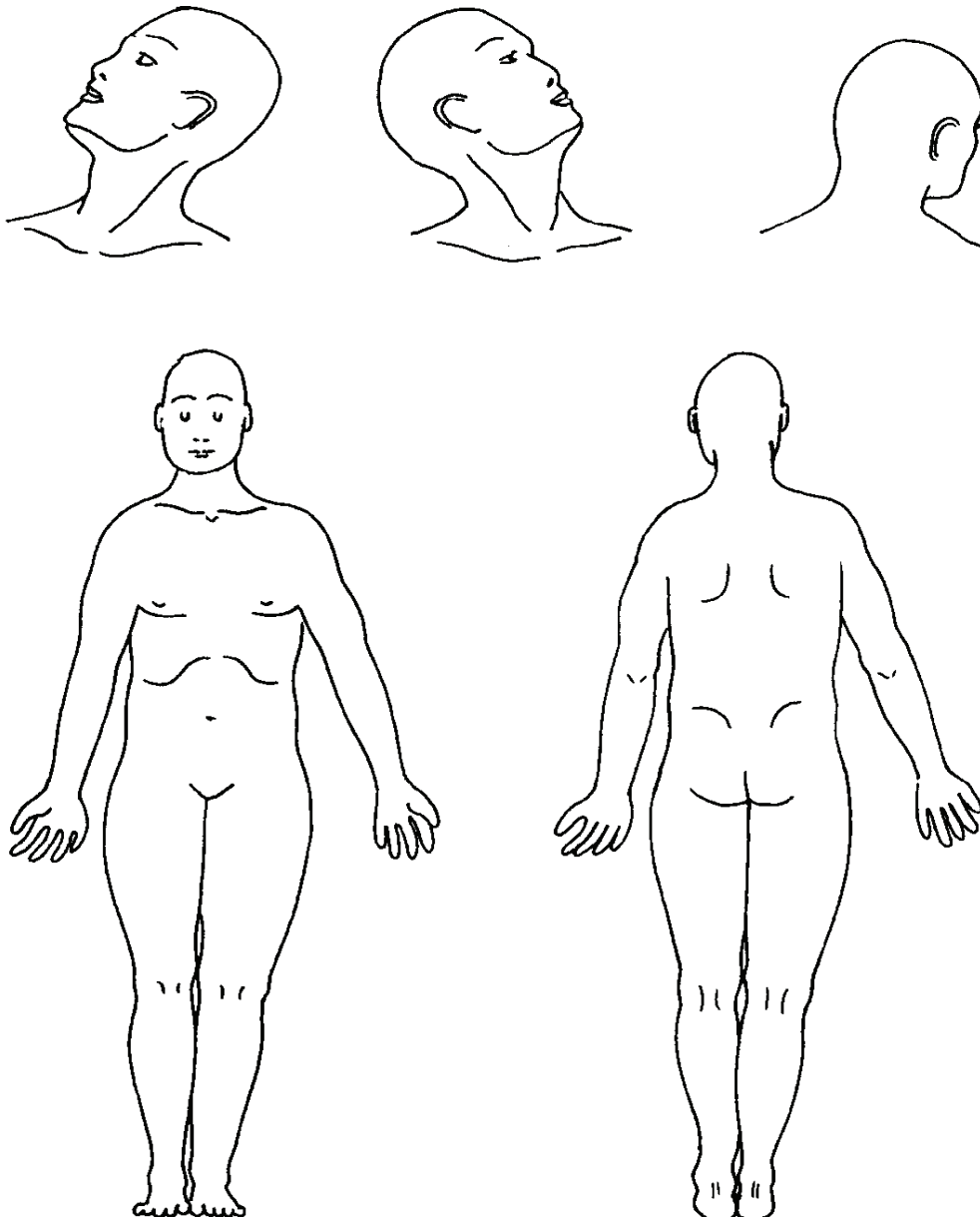
- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| gar
nicht | sehr
schwach | schwach | mittlerer
Bereich | stark | sehr
stark |

B. SCHMERZLOKALISATION

6. WO SIND IHRE SCHMERZEN LOKALISIERT?

ZUR KENNZEICHNUNG VERWENDEN SIE BITTE FOLGENDE ZEICHEN:

- Ein X, wenn der Schmerz eng umgrenzt bzw. punktförmig auftritt und Sie diese Körperstelle genau angeben können.
- Umgrenzen Sie den ungefähren Auftretensort mit einer Linie, wenn der Schmerz eher unklar lokalisiert ist,
- Falls Sie an mehreren Körperstellen Schmerzen verspüren, kennzeichnen Sie diese Orte entsprechend und schreiben Sie bitte eine 1 an den Ort, an dem der Schmerz am stärksten ist.
- Falls der Schmerz in andere Körpergebiete ausstrahlt, kennzeichnen Sie dies mit einem Pfeil.



7. BEFINDET SICH DER SCHMERZ IMMER AN DER GLEICHEN KÖRPERSTELLE ODER WANDERT ER?

- immer am gleichen Ort
- wandert meist umher
- der Schmerz wechselt von einer Körperhälfte zur anderen
- die Schmerzen können prinzipiell an jeder Körperstelle auftreten

8. WO TRITT DER SCHMERZ AUF:

- eher tief liegend, im Körperinneren
- eher oberflächlich, in Hautnähe
- sowohl tief liegend als auch in Hautnähe

9. STRAHLT DER SCHMERZ AUS?

- vom Kopf in die Nacken- und Schulterregion
- vom Nacken über den Hinterkopf zur Stirn und Schläfen
- vom Hals in den rechten Arm
- vom Hals in den linken Arm
- vom Rücken in das rechte Bein
- vom Rücken in das linke Bein

10. FALLS SIE AN KOPFSCHMERZEN LEIDEN: WELCHE AUSSAGEN TREFFEN FÜR SIE ZU?

- ich habe oft einen dumpfen Druck im gesamten Kopf
- ich habe einen ständigen dumpfen Druck im gesamten Kopf
- ich habe oft einen dumpfen Druck im gesamten Kopf und zusätzlich einzelne, meist pulsierende Kopfschmerzanfälle
- ich habe immer einen dumpfen Druck im gesamten Kopf und zusätzlich einzelne, meist pulsierende Kopfschmerzanfälle

C. INTENSITÄT

11. BITTE GEBEN SIE MIT HILFE DER ABGEBILDETEN SKALA AN, WELCHE INTENSITÄT IHR SCHMERZ IM ALLGEMEINEN HAT. STELLEN SIE DAZU ZUERST FEST, IN WELCHEN BEREICH DER SKALA IHR SCHMERZ GEHÖRT, IN DEN SEHR SCHWACHEN, SCHWACHEN, MITTLEREN, STARKEN ODER SEHR STARKEN. INNERHALB DES BEREICHES HABEN SIE DIE MÖGLICHKEIT FEINER EINZUTEILEN; DAZU BRAUCHEN SIE NUR DIE PASSENDE ZAHL ANZUKREUZEN.

51
50	
49	
48	
47	
46	sehr starker Schmerz
45	
44	
43	
42	
41
40	
39	
38	
37	
36	starker Schmerz
35	
34	
33	
32	
31
30	
29	
28	
27	
26	mittlerer Schmerz
25	
24	
23	
22	
21
20	
19	
18	
17	
16	schwacher Schmerz
15	
14	
13	
12	
11
10	
9	
8	
7	
6	sehr schwacher Schmerz
5	
4	
3	
2	
1	
0
	kein Schmerz

D. ZEITLICHER VERLAUF

12. SEIT WANN LEIDEN SIE UNTER SCHMERZEN?

- seit weniger als 1 Monat
 seit 1 bis 2 Monaten
 seit 2 bis 4 Monaten
 seit 4 bis 6 Monaten
 seit 6 bis 12 Monaten
 seit 1 bis 2 Jahren
 seit 2 bis 5 Jahren
 länger als 5 Jahre, ungefähr Jahre

13. WIE SIEHT DER ZEITLICHE VERLAUF DER SCHMERZEN AUS?

- Ich leide an dauernden Schmerzen **ohne** schmerzfreie Zeiten
 Ich leide an anfallsweise auftretenden Schmerzen. Dazwischen bestehen **keine** Schmerzen

Die Anfälle haben eine Dauer von Tagen Stunden Minuten Sekunden

Wie oft pro Tag, falls Schmerzen täglich mehrmals auftreten?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 mal

An wie vielen Tagen pro Woche, falls der Schmerz nicht täglich auftritt?

1 2 3 4 5 6 7

An wie vielen Tagen pro Monat, falls der Schmerz nicht jede Woche auftritt?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 -25 -30

- Ich habe schmerzfreie Zeiten zwischen den Attackenperioden von

Jahren Monaten Tagen

14. WIE BEGINNEN IHRE SCHMERZEN NORMALERWEISE?

- plötzlich, blitzartig
 langsam stärker werdend, einschleichend
 sind ständig vorhanden

15. WIE GESTALTET SICH DER SCHMERZVERLAUF NORMALERWEISE?

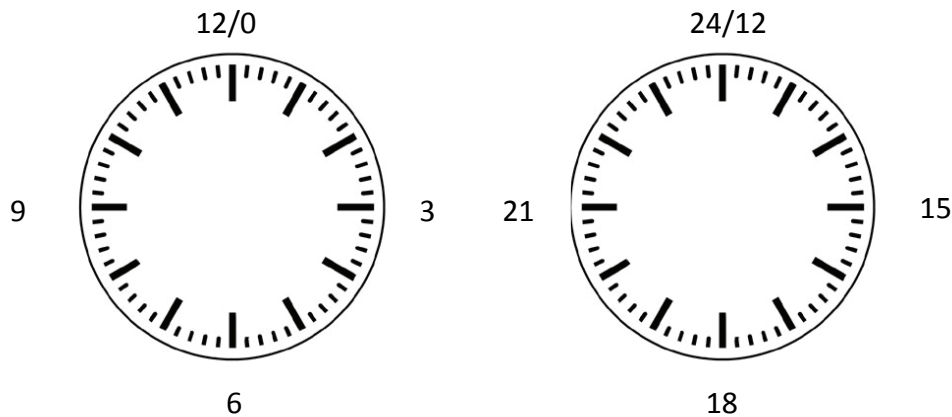
- kurze, blitzartige Schmerzverläufe
 die Schmerzintensität ändert sich ständig in kurzen Abständen, ist eher pulsierend und pochend
 die Schmerzintensität besitzt einen eher gleichmäßigen, dumpfen Verlauf

16. HABEN DIE SCHMERZEN EINEN MEIST IMMER GLEICHEN ZEITLICHEN ABLAUF?

- Die Schmerzen haben einen typischen zeitlichen Ablauf
- Einen typischen Ablauf kann ich nicht erkennen

17. ZU WELCHER TAGESZEIT TRETEN IHRE SCHMERZEN IM ALLGEMEINEN AUF?

- die Schmerzen treten wechselhaft auf und sind von der Tageszeit unabhängig
- die Schmerzen treten eher zu bestimmten Tageszeiten auf.
- Falls dies der Fall sein sollte, tragen Sie die Zeit und die Dauer (Beginn und Ende) in das untenstehende Stundenschema ein:

**18. WURDEN IHRE SCHMERZEN BEIM ERSTEN AUFTRETEN DURCH EIN BESONDERES EREIGNIS HERVORGERUFEN, WIE Z.B.:**

- Unfall
- Operation
- Amputation
- berufliche Veränderung
- familiäre / partnerschaftliche Veränderung
- etwas anderes, nämlich
- ein besonderes Ereignis ist mir nicht bekannt

E. CHARAKTER**19. WELCHEN CHARAKTER HABEN IHRE SCHMERZEN AM EHESTEN?**

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schneidend | <input type="checkbox"/> stechend |
| <input type="checkbox"/> pulsierend | <input type="checkbox"/> scharf |
| <input type="checkbox"/> dumpf | <input type="checkbox"/> drückend |
| <input type="checkbox"/> reißend | <input type="checkbox"/> ziehend |
| <input type="checkbox"/> hämmernd | <input type="checkbox"/> bohrend |
| <input type="checkbox"/> klopfend | <input type="checkbox"/> blitzartig |
| <input type="checkbox"/> krampfartig | <input type="checkbox"/> brennend |
| <input type="checkbox"/> der Schmerzcharakter kann nicht klar beschrieben werden | |

20. HABEN SICH AUFTRETENSORT ODER CHARAKTER IN LETZTER ZEIT GEÄNDERT?

- nein
- ja. Wenn ja, wie?

F. BEGLEITERSCHEINUNGEN**21. WIRD DER SCHMERZ VON BESTIMMTEN EREIGNISSEN BEGLEITET?**

- Hautrötung
- Hautblässe
- Schwellung
- Berührungsempfindlichkeit
- vermehrte Schweißbildung
- verringerte Schweißbildung
- Missempfindungen. Wenn ja, wo?
- Gefühlsstörungen. Wenn ja, wo?
- Tränenfluss
- Augenrötung
- Änderung der Pupillenweite
- Doppeltsehen
- vorübergehende Sehstörungen
- Schielen
- Augenmuskellähmungen
- Erblindung eines Auges
- Lichtüberempfindlichkeit
- Zick-Zack-Linien im Gesichtsfeld
- Geräuschüberempfindlichkeit
- Sprachstörungen
- behinderte Nasenatmung
- Unsicherheit beim Gehen
- Bewegungseinschränkungen
- Muskelschwäche, wenn ja, wo?
- Muskellähmungen, wenn ja, wo?
- Durchfall
- Harndrang
- Erbrechen
- Müdigkeit
- Schwindel
- Bewußtlosigkeit
- Nein, bestimmte Begleitreaktionen bestehen nicht

22. WANN TRETEN DIESE BEGLEITEREIGNISSE AUF UND WIE LANGE BESTEHEN SIE?

Die Begleitereignisse

- entwickeln sich vollständig innerhalb 4 Minuten bevor die Schmerzen beginnen.
- entwickeln sich in 5–20 Minuten bevor die Schmerzen beginnen und bestehen eine Stunde, dann schließen sich die Schmerzen an.
- entwickeln sich mit den Schmerzen und klingen mit diesen ab.
- entwickeln sich mit den Schmerzen und bleiben länger als diese bestehen.
- treten erst nach Beendigung der Schmerzen auf.
- die Begleitsymptome entwickeln sich vor Schmerzbeginn und dauern länger als eine Stunde bis maximal eine Woche an.
- die Begleitsymptome entwickeln sich vor Schmerzbeginn und dauern länger als eine Woche an.
- wenn anders, wie ?

23. LEIDET EIN VERWANDTER 1. GRADES AN ÄHNLICHEN SCHMERZEN WIE SIE UND BESTEHEN ÄHNLICHE BEGLEITSYMPTOME ?

- nein
- ja
- Wenn ja, wer ?
- Welche Schmerzen?
- Welche Begleitsymptome?

24. HATTEN SIE IN IHRER KINDHEIT HÄUFIGER FOLGENDE BESCHWERDEN?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unwohlsein | <input type="checkbox"/> Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Bauchweh | <input type="checkbox"/> Kopfweg |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Angstgefühl |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Augenflimmern |
| <input type="checkbox"/> Reisekrankheit | <input type="checkbox"/> leichtes Schwitzen, Schweißausbrüche |
| <input type="checkbox"/> Wenn andere, welche? | |
| <input type="checkbox"/> Nein, ich hatte keine häufigeren Beschwerden in der Kindheit | |

25. WENN SIE KINDER HABEN, LEIDEN DIESE HÄUFIGER UNTER FOLGENDEN BESCHWERDEN?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unwohlsein | <input type="checkbox"/> Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Bauchweh | <input type="checkbox"/> Kopfweg |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Angstgefühl |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Augenflimmern |
| <input type="checkbox"/> Reisekrankheit | <input type="checkbox"/> leichtes Schwitzen, Schweißausbrüche |
| <input type="checkbox"/> Wenn andere, welche? | |
| <input type="checkbox"/> Nein, meine Kinder haben keine häufigeren Beschwerden. | |

26. WELCHE EREIGNISSE KÖNNEN IHRE SCHMERZEN VERSCHLIMMERN?

- körperliche Betätigung; wenn ja, welche?
- körperliche Ruhe
- bestimmte Jahreszeiten; wenn ja, welche?
- Wetterlage; wenn ja, welche?
- bestimmte Nahrungsmittel; wenn ja, welche?.....
- bestimmte Genußmittel; wenn ja, welche?.....
- bestimmte Medikamente; wenn ja, welche?.....
- Monatsblutung
- unbequeme Kopf- oder Körperhaltung
- seelische Belastungen; wenn ja, welche?.....
- anderes; und zwar?.....
- keine, die Schmerzen sind von äußeren Einflüssen unabhängig

27. BEOBACHTEN SIE EINEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEN SCHMERZEN UND

- zu langem Schlaf
- zu kurzem Schlaf
- Feierabend
- Wochenende
- Urlaub
- Verzehr von Molkereiprodukten
- Verzehr von Schokolade
- Verzehr von Zitrusfrüchten
- Hunger, unregelmäßiges Essen
- Übersättigung
- Verzehr stark gewürzter Speisen
- Hektik und Streß
- Ärger im Beruf
- Ärger in der Familie
- anderem, nämlich

28. WELCHE BEDINGUNGEN KÖNNEN IHRE SCHMERZEN LINDERN?

- körperliche Betätigung; wenn ja, welche?
- Arbeit; wenn ja, welche?.....
- Urlaub
- körperliche Ruhe
- gesellige Veranstaltungen, Besuch von Bekannten usw.
- anderes und zwar.....
- keine, die Schmerzen sind von äußeren Einflüssen unabhängig

29. DIESE FRAGE IST NUR VON FRAUEN AUSZUFÜLLEN:

Wann war Ihre erste Monatsblutung?

Haben Sie noch eine regelmäßige Monatsblutung?

ja

nein

Wann war Ihre letzte Regelblutung?

Sind Ihre Schmerzen

vor der Monatsblutung häufiger

vor der Monatsblutung seltener

während der Monatsblutung häufiger

während der Monatsblutung seltener

nach der Monatsblutung häufiger

nach der Monatsblutung seltener

unabhängig von der Monatsblutung

Falls Sie schwanger waren, waren Ihre Schmerzen in dieser Zeit

häufiger

seltener

stärker

schwächer

unabhängig von der Schwangerschaft

Falls Sie die Pille nehmen: Haben Sie eine Änderung Ihrer Schmerzen dadurch bemerkt?

nein

ja. Wenn ja, welche?

Haben Sie eine Unterleibsoperation hinter sich?

nein

ja. Wenn ja, welche?

30. BEEINTRÄCHTIGEN DIE SCHMERZEN IHRE GESELLSCHAFTLICHEN BETÄTIGUNGEN?

nein

teilweise

sehr, besonders

31. BEEINTRÄCHTIGEN DIE SCHMERZEN IHRE BERUFLICHEN BETÄTIGUNGEN?

nein

ja. Ich hatte im letzten Jahr ca.....Tage mit Arbeitsunfähigkeit wegen der Schmerzen
Ich bin seit.....krank geschrieben

32. BITTE BESCHREIBEN SIE MÖGLICHST GENAU DIE SITUATION UND DEN ABLAUF DER LETZTEN SCHMERZATTACKE (WANN, WO, WAS GESCHAH, WAS HABEN SIE GEMACHT, WIE HABEN ANDERE REAGIERT?)!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

33. SIND SIE RECHTS- ODER LINKSHÄNDER?

- Rechtshänder
- Linkshänder
- ein deutlich bevorzugter Gebrauch einer Hand besteht bei mir nicht.

34. WELCHE GENUSSMITTEL GEBRAUCHEN SIE?

- Alkohol; wenn ja, was und wie viel?
- Nikotin; wenn ja, was und wie viel?
- Kaffee Wie viel Tassen pro Tag?.....
- sonstige Drogen; wenn ja, was und wie viel?

35. LEIDEN SIE UNTER EINER DER FOLGENDEN KRANKHEITEN?

- Herzerkrankungen
- Nervenleiden, nämlich
- Gemütsleiden, nämlich
- Unfall mit Kopfverletzung
- Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen
- Lungen- oder Atemwegserkrankungen
- Lebererkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Stoffwechsel- oder Hormonerkrankungen
- Erkrankungen des Skelettsystems

36. BEI WELCHEN BERUFSGRUPPEN HABEN SIE SICH BEREITS WEGEN DER SCHMERZEN BEHANDELN LASSEN UND WIE OFT?

- | | | | |
|---|----------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Akupunkteur | mal | <input type="checkbox"/> Allergologe | mal |
| <input type="checkbox"/> Allgemeinarzt | mal | <input type="checkbox"/> Anästhesiologe | mal |
| <input type="checkbox"/> Apotheker | mal | <input type="checkbox"/> Augenarzt | mal |
| <input type="checkbox"/> Bademeister | mal | <input type="checkbox"/> Kardiologie | mal |
| <input type="checkbox"/> Chiropraktiker | mal | <input type="checkbox"/> Chirurg | mal |
| <input type="checkbox"/> Endokrinologe | mal | <input type="checkbox"/> Frauenarzt | mal |
| <input type="checkbox"/> Geistheiler | mal | <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt | mal |
| <input type="checkbox"/> Hautarzt | mal | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker | mal |
| <input type="checkbox"/> Hypnotiseur | mal | <input type="checkbox"/> Internist | mal |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt | mal | <input type="checkbox"/> Krankengymnast/Physiotherapeut | mal |
| <input type="checkbox"/> Krankenschwester | mal | <input type="checkbox"/> Lungenarzt | mal |
| <input type="checkbox"/> Masseur | mal | <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurg | mal |
| <input type="checkbox"/> Naturheilkundler | mal | <input type="checkbox"/> Nervenarzt | mal |
| <input type="checkbox"/> Neurologe | mal | <input type="checkbox"/> Neurochirurg | mal |
| <input type="checkbox"/> Onkologe | mal | <input type="checkbox"/> Orthopäde | mal |
| <input type="checkbox"/> Proktologe | mal | <input type="checkbox"/> Priester | mal |
| <input type="checkbox"/> Psychiater | mal | <input type="checkbox"/> Dipl.-Psychologe | mal |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeut | mal | <input type="checkbox"/> Radiologe | mal |
| <input type="checkbox"/> Rheumatologe | mal | <input type="checkbox"/> Schmerztherapeut | mal |
| <input type="checkbox"/> Urologe | mal | <input type="checkbox"/> Zahnarzt | mal |

37. WO UND WIE WURDEN IHRE SCHMERZEN BEREITS BEHANDELT?

Bitte geben Sie den Namen des Arztes/Dipl.-Psychologen (evtl. auch des Heilpraktikers usw.), die Behandlungsart (z.B. Medikament, Massage, usw.) sowie die Behandlungszeit (Jahr, Dauer) an:

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

(Sollten Sie mehr Platz brauchen, verwenden Sie bitte ein extra Blatt)

38. MUSSTEN SIE WEGEN DER SCHMERZEN IN EINEM KRANKENHAUS STATIONÄR BEHANDELT WERDEN?

- nein
- ja. Wenn ja, wo, wann, was wurde unternommen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

39. ERHALTEN SIE FINANZIELLE HILFEN WEGEN DER SCHMERZEN?

- nein
- Krankengeld: seit bis
- Rente / Pension: seit bis
- Arbeitslosengeld: seit bis
- andere Versicherungsleistungen: Welche.....
seit bis
- bis jetzt noch nicht, ich beabsichtige aber Hilfen zu beantragen oder habe solche bereits beantragt ggf. welche?

.....

.....

.....

- Besteht eine Anerkennung als Schwerbehinderung?
Falls ja, welcher Grad der Behinderung wurde anerkannt?GdB

40. HABEN SIE BEREITS MEDIKAMENTE GEGEN DIE SCHMERZEN EINGENOMMEN?

Nein

Ja, und zwar:

	<i>Name</i>	<i>Dosis</i>	<i>Seit wann oder wie lange?</i>
1.
2.
3.
4.
5.

(bitte ggf. extra Blatt benutzen, falls der Raum nicht ausreicht)

41. HABEN DIESE MEDIKAMENTE GEHOLFEN?

Nein, überhaupt nicht

nur kurzfristig

Ja

42. ERFORDERN IHRE SCHMERZEN, DASS SIE IMMER HÄUFIGER SCHMERZMITTEL EINNEHMEN MÜSSEN?

ja

nein

43. BEOBACHTEN SIE UNERWÜNSCHTE NEBENWIRKUNGEN DIESER MEDIKAMENTE?

nein

ja. Wenn ja, welche?

.....

.....

44. WELCHE ANDEREN MEDIKAMENTE NEHMEN SIE EIN?

Keine

Ja, und zwar:

	<i>Name</i>	<i>Dosis</i>	<i>Seit wann oder wie lange?</i>
.....
.....
.....

(bitte zusätzliches Blatt benutzen, falls der Platz nicht ausreicht)

45. FALLS ETWAS WESENTLICHES ÜBER IHRE SCHMERZEN BISHER NICHT GEFRAGT WURDE, BESCHREIBEN SIE DIES BITTE NACHFOLGEND:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

46. BITTE BEANTWORTEN SIE NUN FOLGENDE FRAGEN ZU IHREM ALLGEMEINBEFINDEN

Gewicht: kg Körpergröße: cm

Haben Sie in letzter Zeit zu- oder abgenommen?

- Zunahme kg
- Abnahme kg
- Gewicht blieb konstant

Wie ist zur Zeit Ihr Schlaf?

Ich habe:

- Einschlafschwierigkeiten
- Durchschlafschwierigkeiten

Schlafdauer: Stunden

Schlafqualität:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr
schlecht | schlecht | eher
schlecht | eher
gut | gut | sehr
gut |

47. KREUZEN SIE NUN BITTE AN, WIE STARK DIE FOLGENDEN BESCHWERDEN BEI IHNEN AUFTRETEN:

	stark	mäßig	kaum	keine
1. Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Überempfindlichkeit gegen Wärme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Überempfindlichkeit gegen Kälte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kurzatmigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Starkes Schwitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Schweregefühl in den Beinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Unruhe in den Beinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Schwindelgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Schlaflosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Kopfschmerzen, Druck im Kopf, Gesichtsschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Erstickungsgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Appetitlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Verstopfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Taubheitsgefühle, Kribbel, Brennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Störungen beim Wasserlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Geschwollene Beine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Blut im Stuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Anfallsweise Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Neigung zum Weinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Gelenk- oder Gliederschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mattigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Übelkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Grübelei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Innere Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Schwächegefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Schluckbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Leibschmerzen, Unterleibsschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	stark	mäßig	kaum	keine
34. Kalte Füße	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Frieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Trübe Gedanken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Chronischer Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Juckreiz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Reizbarkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Zittern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Druck- oder Völlegefühl im Leib	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Gleichgewichtsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Angstgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Konzentrationsschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Innere Gespanntheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Schluckauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Energielosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Rasche Erschöpfbarkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Heißhunger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Vergesslichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Ohnmachtsanfälle, Bewusstlosigkeitsanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Berufliche oder private Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Unverträglichkeit bestimmter Speisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Bei Frauen: Regelbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Leichtes Erröten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. Gewichtsabnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. Starker Durst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. Sehstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. Lebensmüdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Hautveränderungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vielen Dank für Ihre Mühe. Die Informationen sind sehr wichtig für die Erarbeitung der Diagnosen und für die Therapieplanung.

Füllen Sie bitte noch abschließend den nachfolgenden MIDAS-Fragebogen aus.

MIDAS-FRAGEBOGEN

48. BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN BEI BETRACHTUNG ALLER SCHMERZEN, DIE SIE IN DEN LETZTEN DREI MONATEN HATTEN. FÜLLEN SIE DAS KÄSTCHEN NEBEN JEDER FRAGE MIT DER ENTSPRECHENDEN ZAHL AUS. SCHREIBEN SIE 0, WENN DIE ANTWORT NEGATIV IST.

		Zahl
1. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten sind Sie wegen Schmerzen nicht zur Arbeit oder zur Schule gegangen?	Tage	
2. An wie vielen Tagen war in den letzten drei Monaten Ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz oder in der Schule um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 1 angaben, NICHT dazu)	Tage	
3. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten konnten Sie wegen Ihrer Schmerzen keine Hausarbeit verrichten?	Tage	
4. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit im Haushalt um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 3 angaben, NICHT dazu)	Tage	
5. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten haben Sie an familiären, sozialen oder Freizeitaktivitäten wegen Ihrer Schmerzen nicht teilnehmen können?	Tage	

Ergebnis: Summe der Tage Fragen 1-5:

A An wie vielen Tagen hatten Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen? (Wenn die Schmerzen länger als einen Tag angehalten haben, zählen Sie jeden Tag)	Tage	
B Wie stark waren diese Schmerzen? Bitte geben Sie die Schmerzintensität auf einer Zahl auf einer Skala von 0 – 10 an: 0 = keine Schmerzen bis 10 = unerträgliche Schmerzen	Zahl 1 – 10	

Bitte zählen Sie die Tage der Fragen 1 – 5 zusammen, sobald Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben. (Die Fragen A und B bitte NICHT dazu zählen)

Auswertung des MIDAS Fragebogens:

Grad	Definition	Punkte
I	wenig oder keine Beeinträchtigung	0 – 5
II	geringe Beeinträchtigung	6 – 10
III	mäßige Beeinträchtigung	11 – 20
IV	schwere Beeinträchtigung	21 +

SELBSTAUSKUNFTSBOGEN ZUR BISHERIGEN BEHANDLUNG

Die Begründung für eine hochspezialisierte, fachübergreifende Schmerzbehandlung ist nach den Vorgaben der Krankenversicherungen an spezielle Vorgaben gebunden. Durch möglichst vollständige Angaben über die bisherigen Therapiemaßnahmen können Sie entscheidend helfen, Ihre Behandlung wirksamer zu planen und durchzuführen.

1. Bei **Ärzten/Therapeuten** welcher **Fachrichtung** sind Sie bislang aufgrund Ihrer Schmerzerkrankung in ambulanter Behandlung gewesen? Bitte notieren Sie die Namen aller Ärzte und den Zeitraum der Behandlung, verwenden Sie ggf. auch die Rückseite oder Zusatzblätter:

Facharzt mit Zusatzbezeichnung **Spezielle Schmerztherapie** (Schmerztherapeut)

Zeitraum	Name	Fachrichtung

- Allgemeinmedizin
- Augenheilkunde
- Anästhesiologie
- Neurologie
- Orthopäde
- Neurochirurgie
- Physikalische und rehabilitative Medizin
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychologische Psychotherapie
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
-
-
-
-

Zeitraum	Name	Fachrichtung

2. Sind Sie aufgrund Ihrer Schmerzerkrankung bereits **teilstationär**, **stationär** oder im Rahmen einer **REHA**-Maßnahme behandelt worden? Wenn ja, geben Sie bitte das Jahr der Behandlung sowie Namen und Fachrichtung des Krankenhauses an. Sie können ggf. gerne die Rückseite dieses Blattes benutzen. Bitte übersenden Sie uns dazu auch die Behandlungsberichte.

Jahr	Krankenhaus	Fachrichtung

3. Welche **Medikamente** (Schmerzmittel, Migränemittel, vorbeugende Substanzen) sind zur Behandlungen Ihrer Schmerzen bislang eingesetzt worden? Wenn möglich, geben Sie bitte auch die Dosierungen und den Zeitraum der Einnahme an. Auch hier können Sie ggf. gerne die Rückseite dieses Blattes benutzen.

Jahr	Medikament	Dosierung

4. Welche **physiotherapeutischen** oder **physikalischen Maßnahmen** (Sport, Krankengymnastik, Massagen, Lymphdrainage, Osteopathie, Manualtherapie, Elektrotherapie/TENS, ...) sind zur Behandlungen Ihrer Schmerzen bislang eingesetzt worden? Wenn möglich, geben Sie bitte auch den Zeitraum der Durchführung an. Auch hier können Sie ggf. gerne die Rückseite dieses Blattes benutzen.

Jahr	Maßnahme

5. Welche **invasiven** oder **operativen** Maßnahmen (Operation, Endoskopie, Schmerzpumpe, Neurostimulation, Nervenblockade, Injektion, PRT, Akupunktur, ...) sind zur Behandlungen Ihrer Schmerzen bislang eingesetzt worden? Wenn möglich, geben Sie bitte auch den Zeitraum der Durchführung an. Auch hier können Sie ggf. gerne die Rückseite dieses Blattes benutzen.

Jahr	Maßnahme

6. Haben sie sich aufgrund Ihrer Schmerzen bisher in **psychotherapeutische, psychosomatische** oder **psychiatrische** Behandlung begeben? Haben Sie ein **Entspannungsverfahren** erlernt oder eine **Biofeedbackbehandlung** durchgeführt? Wenn möglich, geben Sie bitte auch den Zeitraum der Behandlung an. Auch hier können Sie ggf. gerne die Rückseite dieses Blattes benutzen.

Jahr	Behandlung

7. Bitte fügen Sie einen aktuellen Kopfschmerzkalender bzw. ein aktuelles Schmerztagebuch bei. Tragen Sie bitte dabei **alle** Schmerzformen ein, nicht nur die sehr starken oder die Sie mit verordneten Medikamenten behandeln. Vordrucke finden Sie auf www.schmerzlinik.de

8. Chronische Schmerzen haben oft Folgen für die **Berufstätigkeit** des Betroffenen. Sind Sie aufgrund Ihrer Schmerzerkrankung in der schulischen oder beruflichen Ausbildung beeinträchtigt gewesen? Konnten Sie aufgrund der Schmerzerkrankung keine regelmäßige Berufstätigkeit aufnehmen? Bestand oder besteht aufgrund der Schmerzerkrankung Arbeitsunfähigkeit (Krankschreibung)? Beziehen Sie eine Erwerbsminderungsrente? Wurde Ihnen ein Schwerbehindertengrad zuerkannt? Geben Sie bitte auch den Zeitraum einer ggf. bestehenden Arbeitsunfähigkeit oder Berentung bzw. den Schwerbehindertengrad an. Auch hier können Sie ggf. gerne die Rückseite dieses Blattes benutzen.

Grad der Behinderung (GdB)	
Arbeitsunfähigkeitszeiten in letzten 3 Jahren	
Erwerbsminderungsrente seit	
Aufgrund der Schmerzen nicht berufstätig („Hausfrau/Hausmann“)	
Aufgrund der Schmerzen kein oder schlechterer Schulabschluss (als angestrebt)	
Aufgrund der Schmerzen keine Berufsausbildung	

9. Chronische Schmerzen können mit einer **gedrückten Stimmungslage** einhergehen. Diese kann Mitursache der Schmerzen sein, meist ist sie aber Folge des chronischen Schmerzleidens. Die Beantwortung der folgenden Fragen erlaubt eine Einschätzung darüber, inwieweit bei Ihnen solche Beschwerden und ggf. in welchem Ausmaße vorliegen.

- Ich bin nicht traurig
- Ich bin oft traurig
- Ich bin ständig traurig
- Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte

- Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft
- Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst
- Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird
- Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird

- Ich fühle mich nicht als Versager
- Ich habe häufiger Versagensgefühle
- Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge
- Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein

- Ich kann Dinge genauso gut genießen wie früher
- Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher
- Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen
- Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen

- Ich habe keine besonderen Schuldgefühle
- Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen
- Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle
- Ich habe ständig Schuldgefühle

- Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein
- Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden
- Ich erwarte, bestraft zu werden
- Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein

- Ich halte von mir genauso viel wie immer
- Ich habe Vertrauen in mich verloren
- Ich bin von mir enttäuscht
- Ich lehne mich völlig ab

- Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst
- Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst
- Ich kritisiere mich für all meine Mängel
- Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert

- Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun
- Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun
- Ich möchte mich am liebsten umbringen
- Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte

- Ich weine nicht öfter als früher
- Ich weine jetzt mehr als früher
- Ich weine beim geringsten Anlass
- Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht

- Ich bin nicht unruhiger als sonst
- Ich bin unruhiger als sonst
- Ich bin so unruhig, dass es mir schwerfällt, stillzusitzen
- Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss

- Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren
- Ich habe weniger Interesse an anderen Dingen als sonst
- Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Dingen zum größten Teil verloren
- Es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgendetwas zu interessieren

- Ich bin so entschlossen wie immer
- Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen
- Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen
- Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen

- Ich fühle mich nicht wertlos
- Ich halte mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst
- Verglichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert
- Ich fühle mich völlig wertlos

- Ich habe so viel Energie wie immer
- Ich habe weniger Energie als sonst
- Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch was schaffe
- Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun

- Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert
- Ich schlafe etwas mehr als sonst
- Ich schlafe etwas weniger als sonst
- Ich schlafe viel mehr als sonst
- Ich schlafe viel weniger als sonst
- Ich schlafe fast den ganzen Tag
- Ich wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kann nicht mehr einschlafen

- Ich bin nicht reizbarer als sonst
- Ich bin reizbarer als sonst
- Ich bin viel reizbarer als sonst
- Ich fühle mich dauernd gereizt

- Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer
- Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst
- Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgendetwas zu konzentrieren
- Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren

- Ich fühle mich nicht müder oder erschöpfter als sonst
- Ich werde schneller müde oder erschöpft als sonst
- Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft
- Ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann

- Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert
- Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher
- Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität
- Ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren

10. Chronische Schmerzen können viele Auswirkungen auf das gesamte Leben haben. Die Beantwortung der folgenden Fragen erlaubt eine Einschätzung darüber, inwieweit bei Ihnen solche Auswirkungen und ggf. in welchem Ausmaße vorliegen.

- Ich habe eine verminderte körperliche Leistungsfähigkeit
- Ich reagiere körperlich empfindlicher als früher

- Ich schone mich aufgrund der Schmerzen mehr
- Ich versuche trotz der Schmerzen durchzuhalten
- Ich nehme zunehmend mehr Medikamente wegen der Schmerzen ein
- Ich glaube, meine Schmerzen werden immer schlimmer
- Ich weiß wegen meiner Schmerzen nicht mehr weiter und habe keine Idee, was zu tun ist
- Ich bin gedrückt wegen der Schmerzen und habe Angst
- Ich bin reizbarer und meine Stimmung wechselt oft sehr schnell
- Ich kann oft keine Ruhe finden

- Ich bin wegen der Schmerzen häufiger arbeitsunfähig oder bei der Arbeit stark beeinträchtigt
- Wegen der Schmerzen sind meine Alltagsaktivitäten beeinträchtigt
- Ich muss wegen der Schmerzen häufig Ärzte, Therapeuten oder Kliniken aufsuchen
- Wegen der Schmerzen sind gesellschaftliche und familiäre Aktivitäten beeinträchtigt
- Durch die Schmerzen kann es zu Spannungen in Beruf oder Familie kommen

VIELEN DANK!



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36-Item Version, Selbstbeurteilungsfragebogen

In diesem Fragebogen geht es um Schwierigkeiten, die aufgrund von Gesundheitsproblemen entstehen können. Gesundheitsprobleme beinhaltet Krankheiten oder Erkrankungen, andere Gesundheitsprobleme, die lang oder kurz andauernd sein können, Verletzungen, mentale oder emotionale Probleme sowie Drogen- oder Alkoholprobleme.

Denken Sie an die letzten 30 Tage zurück, und beantworten Sie die folgenden Fragen im Hinblick darauf, wie viele Schwierigkeiten Sie bei der Durchführung der nachfolgenden Aktivitäten hatten. Kreisen Sie bei jeder Frage bitte nur eine Antwort ein.

Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen:						
Verständnis und Kommunikation						
D1.1	Sich für <u>10 Minuten</u> auf etwas zu <u>konzentrieren</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D1.2	Sich daran zu <u>erinnern wichtige Dinge zu tun/ erledigen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D1.3	Sich mit <u>Alltagsproblemen auseinander zusetzen</u> und sie <u>zu bewältigen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D1.4	<u>Neue Aufgaben</u> zu <u>lernen</u> (z.B. erlernen an einem neuen Ort zu gelangen, den Sie nicht kannten)	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D1.5	Beim <u>allgemeinen Verstehen</u> dessen, was Personen sagen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D1.6	Ein <u>Gespräch zu beginnen</u> und <u>aufrechtzuerhalten</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
Mobilität						
D2.1	Eine <u>längere Zeit</u> (ca. <u>30 Minuten</u>) zu <u>stehen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D2.2	Nach dem Sitzen <u>aufzustehen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D2.3	Sich in Ihrem <u>Zuhause fortzubewegen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D2.4	Ihr <u>Zuhause zu verlassen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D2.5	Eine <u>längere Strecke</u> (ca. einen <u>Kilometer</u>) <u>zu Fuss zu gehen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich

Bitte auf der nächsten Seite fortfahren ...



Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen:						
Selbstversorgung						
D3.1	Ihren gesamten <u>Körper zu waschen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D3.2	Sich <u>anzuziehen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D3.3	Beim <u>Essen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D3.4	<u>Einige Tage alleine zu sein</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
Umgang mit anderen Menschen						
D4.1	<u>Im Umgang mit Personen, die Sie nicht kennen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D4.2	<u>Eine Freundschaft aufrechtzuerhalten</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D4.3	Mit <u>Personen zurecht zu kommen, die Ihnen nahe stehen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D4.4	<u>Neue Freundschaften zu schliessen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D4.5	<u>Bei sexuellen Aktivitäten</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
Tätigkeiten des alltäglichen Lebens						
D5.1	<u>Ihren Haushaltspflichten nachzukommen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.2	Ihre wichtigsten Aufgaben im Haushalt <u>gut</u> zu erledigen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.3	Die <u>gesamte</u> erforderliche <u>Hausarbeit</u> , die Sie machen mussten, <u>zu erledigen</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.4	Ihre Hausarbeit <u>so schnell wie erforderlich</u> zu erledigen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich

Bitte auf der nächsten Seite fortfahren ...



Wenn Sie arbeiten (bezahlt, unbezahlt oder selbstständig) oder zur Schule gehen beantworten Sie die folgenden Fragen D5.5–D5.8; Andernfalls fahren Sie mit D6.1 fort.

Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie, aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme, in den letzten 30 Tagen:						
D5.5	Bei der Bewältigung Ihres Arbeits-/Schulalltags?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.6	Ihre wichtigsten Aufgaben im Arbeits-/Schulalltag <u>gut</u> zu erledigen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.7	Die <u>gesamte Arbeit zu erledigen</u> , die Sie erledigen müssen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D5.8	Ihre Arbeit <u>so schnell wie erforderlich</u> zu erledigen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich

Teilnahme am gesellschaftlichen Leben						
In den letzten 30 Tagen:						
D6.1	Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie, an <u>gesellschaftlichen Aktivitäten</u> (wie z.B. Festlichkeiten, religiöse oder andere Aktivitäten) in der gleichen Art und Weise <u>teilzunehmen</u> , wie jeder andere?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.2	Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie, aufgrund von <u>Barrieren oder Hindernissen</u> in Ihrer Umwelt?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.3	Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie, aufgrund der Einstellungen und Verhaltensweisen Ihrer Mitmenschen in <u>Würde zu leben</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.4	Welchen <u>zeitlichen Aufwand</u> hatten Sie aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme und dessen Auswirkungen?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.5	Wie sehr wurden Sie durch Ihren gesundheitlichen Zustand <u>emotional belastet</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.6	In welchem Maße war Ihr gesundheitlicher Zustand ein <u>finanzieller Aufwand</u> für Sie oder Ihre Familie?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.7	In welchem Maße waren Ihre Gesundheitsprobleme eine Belastung für Ihre <u>Familie</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich
D6.8	Wie schwierig war es für Sie, Dinge zur <u>Erholung und zum Vergnügen eigenständig zu tun</u> ?	Keine	Geringe	Mäßige	Starke	Sehr starke/ nicht möglich

Bitte auf der nächsten Seite fortfahren ...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

SB

H1	An wie vielen Tagen traten diese Schwierigkeiten während der letzten 30 Tage auf?	Anzahl der Tage _____
H2	An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen waren Sie aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme <u>absolut unfähig</u> , alltägliche Aktivitäten oder Ihre Arbeit zu verrichten?	Anzahl der Tage _____
H3	An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen mussten Sie aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme alltägliche Aktivitäten oder Ihre Arbeit <u>reduzieren</u> ?	Anzahl der Tage _____

Der Fragebogen ist hiermit beendet. Vielen Dank.