

Deutscher Schmerz-Fragebogen



Schwerpunktpraxis
für Schmerztherapie

Dr. med. Jens Hauke
Dr. med. Daniel Eckle

Ärztehaus Neue Apotheke
Bahnhofstraße 13, 89073 Ulm
Telefon 0731-184 97 70



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

© Deutsche Schmerzgesellschaft



Termin Ausfall Entschädigung

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Wir betreiben eine fachärztliche Bestellpraxis. Unsere Termine werden sehr langfristig und aufwändig geplant, um einen reibungslosen Ablauf in der Praxis zu gewährleisten und jedem die notwendige Aufmerksamkeit und Zeit zu geben. Es finden keine Doppelterminierungen statt und wir nehmen auch keine Notfälle an.

Zur Vermeidung von Leerläufen und Ausfällen ist es daher erforderlich, dass Termine, die nicht wahrgenommen werden, frühzeitig abgesagt und anderen Patienten zur Verfügung gestellt werden.

Ein vereinbarter Behandlungstermin, der nicht wahrgenommen werden kann muss **mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungstermin** abgesagt werden (textlich oder telefonisch). Die Terminabsage muss so bei uns eingehen, dass uns mindestens ein Arbeitstag verbleibt, um diesen Termin neu zu vergeben. Wir können in der vereinbarten Zeit keine anderen Patientinnen und Patienten kurzfristiger einbestellen. Bei unverschuldeten Verhinderungen des Patienten kann eine Absage auch kurzfristig vor dem Behandlungstermin erfolgen.

Bei akuter Krankheit als Absagegrund benötigen wir die Kopie der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

Bei nicht rechtzeitiger bzw. unterbliebener Absage des Behandlungstermins behalten wir uns vor, für den ausgefallenen Termin und die damit einhergehenden Einbußen ein pauschales Ausfallhonorar je nach **Terminart zwischen 50 und 150 Euro privat in Rechnung zu stellen.**

Ich bestätige, den Inhalt dieser Zusatzvereinbarung zum Behandlungsvertrag zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben.
Zudem erkläre ich mit meiner Unterschrift ausdrücklich mein Einverständnis hierzu.

Berufsausübungsgemeinschaft
(GbR)

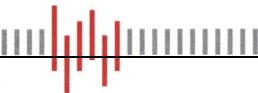
Dr. med. Jens Hauke (DESA)
Facharzt für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin
Intensivmedizin
Notfallmedizin

Dr. med. Daniel Eckle
Facharzt für Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Palliativmedizin
Akupunktur
Notfallmedizin

Ärztehaus Neue Apotheke
Bahnhofstraße 13
89073 Ulm
Telefon 0731-184 97 70
Fax 0731-184 97 71

Telefonische Erreichbarkeit
Mo-Fr 08.15 – 12.45 Uhr
Sprechzeiten nur nach Vereinbarung

info@schmerz-ulm.de
www.schmerz-ulm.de



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. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

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 berechtigte Mitarbeiter unserer Abteilung, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bitte lesen Sie die entsprechenden Anleitungen zur Beantwortung der Fragen genau durch. Lassen Sie keinen Teil des Fragebogens aus und beantworten Sie bitte alle Fragen, indem Sie ein Kreuz im entsprechenden Kreis setzen (☒), eine zutreffende Zahl ankreuzen [☒] oder die Antwort an die durch einen Strich bezeichnete Stelle (z.B. *Rückenschmerzen*).

Entbindung von der Schweigepflicht:

Folgende Ärzte / Therapeuten sollen einen Befundbericht über die hier erfolgte Diagnostik und Behandlung erhalten:

Hausarzt: _____

Facharzt: _____

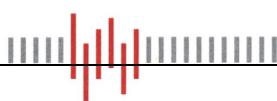
Sonstige: _____

Folgende Ärzte / Therapeuten sollen keinesfalls einen Befundbericht oder eine Auskunft über die hier erfolgte Diagnostik und Behandlung erhalten:

Ulm, den _____ Unterschrift: _____

Diese Erklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden.

Dritten (z.B.: Krankenkasse, Anwalt, Versicherung, Behörden) erteilen wir nur Auskünfte, wenn uns eine schriftliche Entbindung von der Schweigepflicht vorgelegt wird oder eine gesetzliche Auskunftspflicht besteht.



Patient: _____ Datum beim Ausfüllen: _____

Tag Monat Jahr

1. Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--

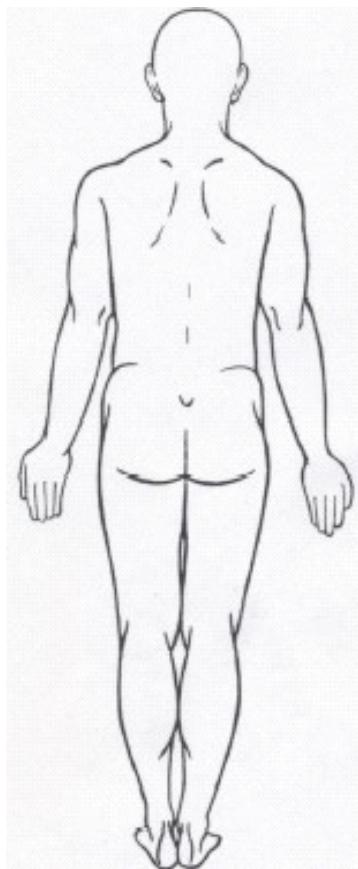
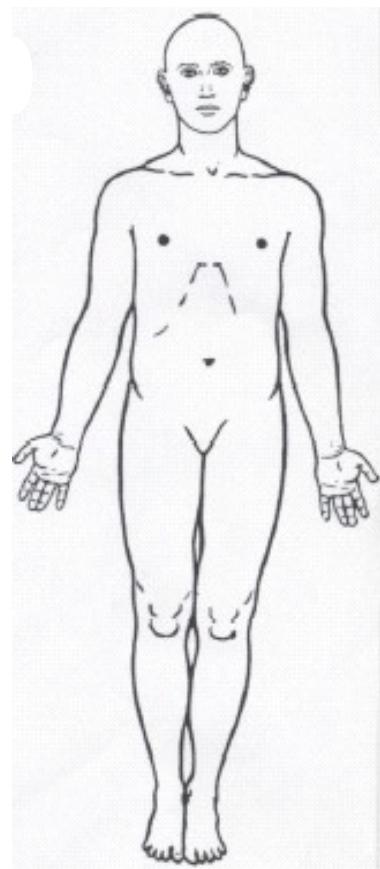
 Alter: _____ Jahre
 Tag Monat Jahr
2. Geschlecht: männlich weiblich
3. Körpergröße (cm):

--	--	--	--

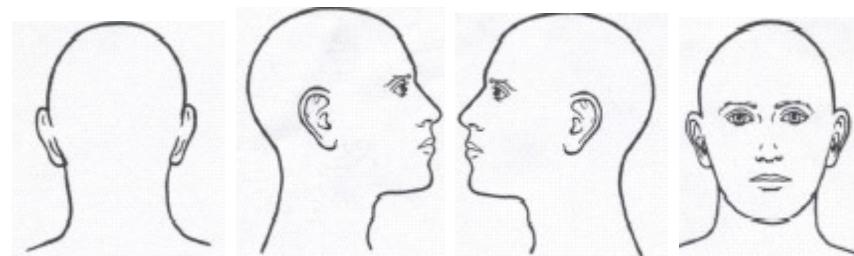
 4. Körpergewicht (kg):

--	--	--	--

5. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:



6. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung? _____

7. a) Seit wann bestehen diese Schmerzen?

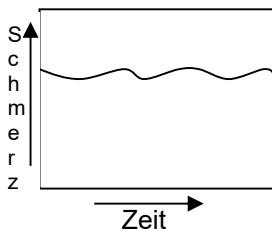
- | | | |
|---|---|--|
| weniger als 1 Monat <input type="radio"/> | ½ Jahr bis 1 Jahr <input type="radio"/> | 2 bis 5 Jahre <input type="radio"/> |
| 1 Monat bis ½ Jahr <input type="radio"/> | 1 bis 2 Jahre <input type="radio"/> | mehr als 5 Jahre <input type="radio"/> |

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

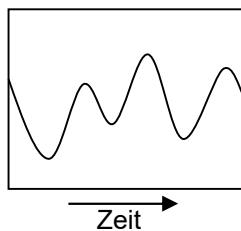
--	--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

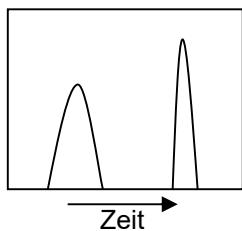
8. a) Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu?
 (Bitte nur **eine** Angabe machen!)



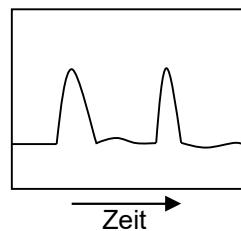
1) Dauerschmerzen mit
leichten Schwankungen



2) Dauerschmerzen mit
starken Schwankungen



3) Schmerzattacken,
dazwischen schmerzfrei



4) Schmerzattacken, auch
dazwischen Schmerzen

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

b) **Wie oft** treten diese Attacken durchschnittlich auf?

- | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| mehrfaeh täglich | <input type="radio"/> | einmal taeglich | <input type="radio"/> | mehrfaeh woechentlich | <input type="radio"/> |
| einmal woechentlich | <input type="radio"/> | mehrfaeh monatlich | <input type="radio"/> | einmal monatlich | <input type="radio"/> |
| seltener: | <input type="radio"/> | | | | |

c) **Wie lange** dauern diese Attacken durchschnittlich? Sekunden
 Stunden Minuten
 bis zu drei Tagen länger als drei Tage

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark?
 wenn ja: morgens mittags nachmittags abends nein
 nachts

10. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftsworten können Sie genauer beschreiben, **wie Sie Ihre Schmerzen empfinden**. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre **typischen Schmerzen in der letzten Zeit**.

Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie **für jedes Wort ein Kreuz**, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.

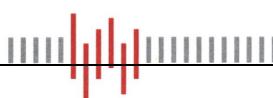
Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

3 = trifft genau zu 2 = trifft weitgehend zu 1 = trifft ein wenig zu 0 = trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als

trifft genau zu	trifft weit- gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weit- gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
3	2	1	0		3	2	1	0
....dumpf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>heiß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....drückend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>brennend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....pochend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>elend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....klopfend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>schauderhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....stechend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>scheußlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....ziehend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>furchtbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schmerzbeschreibungsliste (SBL, Korb 2006) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0



11. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte **auf den unten aufgeführten Skalen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation). 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.

- a) Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

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

- b) Geben Sie jetzt bitte 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

- c) Geben Sie jetzt bitte 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

- d) Geben Sie jetzt 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

12. 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.

- a) **An wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa Tagen

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

- b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

- c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

- d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

13. a) Auf welche **Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)für mich ist **keine Ursache** erkennbar auf eine bestimmte Krankheit wenn ja, welche? _____auf eine Operation wenn ja, welche? _____Datum der Operation Tag Monat Jahrauf einen Unfall wenn ja, welchen? _____Datum des Unfalls Tag Monat Jahrauf körperliche Belastung auf seelische Belastung auf eine andere Ursache wenn ja, welche? _____

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen:

b) Sind alle diesbezüglichen **rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen** abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)? ja nein 14. Was machen Sie selbst, um Ihre **Schmerzen günstig zu beeinflussen**?

Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ...

Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen 15. Was löst Ihrer Erfahrung nach **die Schmerzen aus oder verschlimmert sie**?

Ich weiß es nicht 16. 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 6-stufigen 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.trifft gar nicht zu trifft vollkommen zu**Trotz der Schmerzen würde ich sagen:** **0 1 2 3 4 5**1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt. 2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen. 3. Ich habe mich behaglich gefühlt. 4. Ich habe mein Leben genießen können. 5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen. 6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden. 7. Ich habe mich richtig freuen können.

**17. Fragen zu Ihrem Befinden**

Bearbeitungshinweis: 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** auf mich zu
- 1 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**
- 2 Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder **ziemlich oft**
- 3 Traf **sehr stark** auf mich zu oder **die meiste Zeit**

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

Depressivität, Angst und Stress bei Schmerzen (DASS, Nilges und Essau 2012) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:

D: _____ A: _____ S: _____

18. a) Von wem wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen untersucht oder behandelt?

Keine Behandlung Allgemeinarzt Chirurg Heilpraktiker Internist Neurochirurg Neurologe Orthopäde Psychiater Psychotherapeut Radiologe Schmerztherapeut

Andere: _____

b) Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt? ja nein

wenn ja, welche? _____

19. Wie wurden Ihre Schmerzen **bisher behandelt**?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.

Erhalten: Wenn ja → wirksam?

ja

vorüber-gehend

nein

bisher keine Schmerzbehandlung	<input type="radio"/>				
Medikamente	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infusionen	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankengymnastik	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akupunktur	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chiropraktik	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotherapie	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamenten-Entzug	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kur-/Reha-Behandlung	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes: _____	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Wurden Sie schon einmal **operiert**?ja wie oft? mal nein Wichtig sind für die Beantwortung dieser Frage auch alle „kleineren operativen Eingriffe“, die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, z.B. Nasenoperationen, Gelenk- und Bauchspiegelungen. Bitte markieren Sie, welche Operation **wegen Ihrer Schmerzen** durchgeführt wurde.

Art der Operation:

Datum:

wg. Schmerz? ↓

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

Tag

Monat

Jahr



21. Aktuelle Medikamenten-Einnahme. Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie **zurzeit** einnehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel u.s.w.)

Beispiele	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament <u>nur bei Bedarf</u>	
Medikament	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr <u>wie oft</u> pro Monat?
Beispiel: Ibuprofen 600	1 Tbl.	1 Tbl.	0	0		
Beispiel: Ibuprofen 200					X	ca. 7mal 1 Tbl.

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

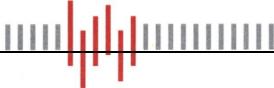
23. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? ja nein

wenn ja, gegen welche?		



24. 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, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3“ besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>			
Welche Erkrankung: _____	keine [0]	Beeinträchtigung [1]	starke [2]	starke [3]
Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1]	starke [2]
Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1]	starke [2]
Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1]	starke [2]
Magen-, Darmerkrankungen z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit); Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels); Zustand nach Magen- oder Darmblutung Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1]	starke [2]
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1]	starke [2]
Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1]	starke [2]
Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1]	starke [2]
Hauterkrankungen z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1]	starke [2]
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes z.B. Chronische Polyarthritis, M.Bechterew; rheumatische Muskelentzündung, Skoliose; Osteoporose; Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk; Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1]	starke [2]
Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Magersucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1]	starke [2]
Andere Erkrankungen _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1]	starke [2]
Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>			
Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>			



Demographie, Versicherung

D-1. Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____
Tag Monat Jahr

D-2. Geschlecht: männlich weiblich

D-3. Körpergröße (cm): Körpergewicht (kg):

D-4. PLZ: _____ Wohnort: _____
Straße: _____

Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____
Handy: _____ e-mail.: _____

D-5. Entfernung von Ihrer Wohnung bis zu **unserer** Praxis / Klinik (in km): ca.

D-6. Nationalität: _____ Muttersprache: _____

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

D-8. Name, Adresse und Telefon-Nummer der **Ärzte oder Psychotherapeuten**, die Sie zurzeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage D-7):

D-9. Krankenversicherung für **ambulante** Behandlung: _____
zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse: _____

D-10. Krankenversicherung für **stationäre** Behandlung: _____

D-11. **Beihilfe**-Berechtigung: nein ja durch: _____

D-12. Behandlung aufgrund eines **anerkannten BG-Verfahrens** (Arbeits- oder Wegeunfall) ja nein

D-13. Haben Sie eine **Krankentagegeldversicherung**? ja nein

D-14. Besteht eine **Zusatzversicherung**? ja nein

D-15. Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt? (Mehrfachantworten sind möglich):

ich lebe allein Ehepartner/Partner Kinder (Schwieger-)Eltern

D-16. Welche **Schulausbildung** haben Sie? keinen Abschluss Hauptschule / Volksschule
Realschule / Mittlere Reife Fachhochschulreife Abitur / allgemeine Hochschulreife

D-17. Welche Berufsausbildung haben Sie:

Modul S**Sozialrechtliche Situation**

S-1. Sind Sie zurzeit **berufstätig**? (trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind)

ja, ich bin zurzeit berufstätig, d.h. habe einen Arbeitsplatz

→ weiter bei Frage S-2

nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig

Ich habe zuletzt gearbeitet als (bitte eintragen): _____

→ weiter bei Frage S-5

Die Fragen S-2 bis S-4 bitte beantworten, wenn Sie zurzeit berufstätig sind (auch bei Krankschreibung)

S-2. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? _____

S-3. Sind Sie **zurzeit arbeitsunfähig**?

ja

nein

wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können?

ja

nein

S-4. Wie viele Tage waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?

ich war in letzten 3 Monaten an _____ Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)

ich bin durchgehend arbeitsunfähig seit

Tag	Monat	Jahr					

Die Frage S-5 bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind.

S-5. Wenn Sie zurzeit **nicht berufstätig** sind, sind Sie ...

Schüler/in, Student/in

Hausfrau / Hausmann

berentet

arbeitslos / erwerbslos

seit _____ / _____ (Monat/Jahr)

S-6. Beabsichtigen Sie einen **Renten-Antrag** oder einen **Antrag auf Renten-Änderung** zu stellen?

ja

nein

Haben Sie einen **Rentenantrag** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?

nein

ja

wenn ja, wegen: _____

am:

Tag	Monat	Jahr					

Ist bereits ein **Rentenantrag abgelehnt** worden?

ja

nein

Befindet sich derzeit ein Rentenantrag im **Widerspruchsverfahren**? ja nein

S-7. Beziehen Sie **derzeit** eine **Rente**? ja nein

wenn ja,

auf Zeit

bis wann:

Tag	Monat	Jahr					

endgültig

seit wann:

Tag	Monat	Jahr					

wenn ja, Berentung welcher Art?

Vorgezogenes Altersruhegeld

Teilweise Erwerbsminderung

Berufsunfähigkeit

Volle Erwerbsminderung

Erwerbsunfähigkeit

Unfallrente

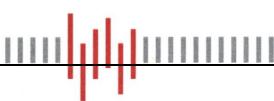
Erreichen der Altersgrenze

Witwen- oder Waisenrente

S-8. Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten **Grad der Behinderung**? (GdB) ja nein → wenn ja, wie hoch ist der GdB? _____

Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt?

ja nein

**Modul V****Vorbehandlungen**

V-1 Bitte notieren Sie soweit möglich jeweils Namen, Fachrichtung und Adresse von **Ärzten, Heilpraktikern und anderen Therapeuten**, bei denen Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits in Behandlung waren oder sind.

Name	Fachrichtung	Adresse	in Behandlung von – bis
------	--------------	---------	----------------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

V-2 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** stationären Behandlungen (**Krankenhausaufenthalte**)

Name	Adresse	von – bis
------	---------	-----------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

V-3 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** Aufenthalte in **Kur- oder Rehabilitationskliniken**

Name	Adresse	von – bis
------	---------	-----------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Platz für weitere Bemerkungen:

