

Patientenfragebogen Schmerz

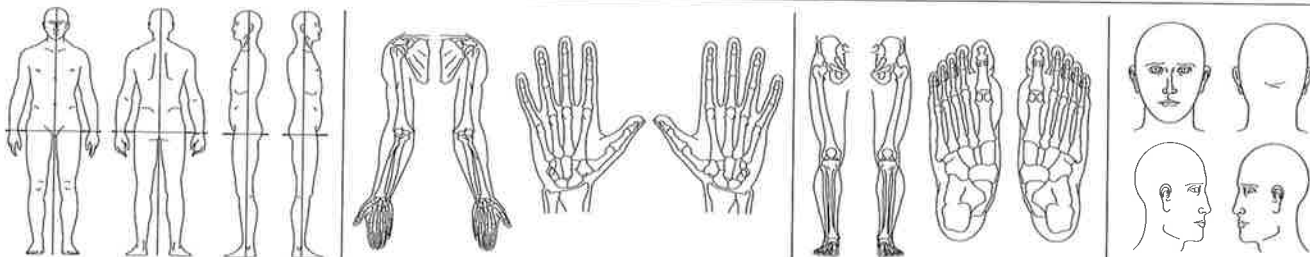
Name | Vorname

Geburtsdatum

Sehr geehrte | r Frau | Herr _____,

wir freuen uns, dass Sie sich bei uns angemeldet haben. Um Sie während Ihrer Zeit bei uns gut betreuen und eventuelle Risiken ausschließen zu können, bitten wir Sie im Vorwege einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sollten Ihnen einzelne Fragen unklar erscheinen, lassen Sie sie zunächst frei und besprechen Sie diese und die Notwendigkeit ihrer Beantwortung mit Ihrem behandelnden Therapeuten persönlich. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz. Es wird darauf hingewiesen, dass zu diesem Fragebogen eine verpflichtende datenschutzrechtliche Aufklärung gehört, die Ihnen von uns zu Ihrer weiteren Verfügung ausgehändigt wird.

Bitte kreuzen Sie in der Zeichnung den Ort Ihrer Schmerzen an.



Seit wann bestehen diese Schmerzen?

 Weniger als einen Monat

 ½ Jahr bis 1 Jahr

 2 bis 5 Jahre

 1 Monat bis ½ Jahr

 1 bis 2 Jahre

 Mehr als 5 Jahre

Können Sie ein genaues Datum angeben?

Auf welche Ursachen führen Sie Ihre Schmerzen zurück?

Momentane Schmerzstärke | 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Ort 1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 2		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 3		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Durchschnittsstärke der Schmerzen innerhalb der letzten 4 Wochen? | 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Ort 1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 2		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 3		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Größte Schmerzstärke innerhalb der letzten 4 Wochen | 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Ort 1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 2		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 3		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Was wäre eine erträgliche Schmerzstärke? | 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Ort 1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 2		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 3		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie häufig treten die Schmerzen zurzeit auf?

 Wenige Male im Jahr

 Wenige Male im Monat

 Mehrmals pro Woche

 Einmal täglich

 Mehrmals täglich

 Andauernd

Tageszeit:

 In Ruhe

 In Bewegung

Wodurch werden die Schmerzen verschlimmert? (z. B. beim Gehen, Stehen, Heben, Sitzen etc.)

Wodurch werden die Schmerzen verringert? z. B. Kälte, Wärme, Ruhe, Medikamente, etc.

Wie fühlen sich die Schmerzen an?	<input type="checkbox"/> Stark	<input type="checkbox"/> Unerträglich	<input type="checkbox"/> Unangenehm	<input type="checkbox"/> Quälend	<input type="checkbox"/> Erschöpfend
	<input type="checkbox"/> Zermürend	<input type="checkbox"/> Durchdringend	<input type="checkbox"/> Beängstigend	<input type="checkbox"/> Beklemmend	<input type="checkbox"/> Drückend
	<input type="checkbox"/> Lähmend	<input type="checkbox"/> Schneidend	<input type="checkbox"/> Ziehend	<input type="checkbox"/> Krampfartig	<input type="checkbox"/> Reißend
	<input type="checkbox"/> Durchzuckend	<input type="checkbox"/> Brennend	<input type="checkbox"/> Scharf	<input type="checkbox"/> Stechend	<input type="checkbox"/> Bohrend
	<input type="checkbox"/> Hämmernd	<input type="checkbox"/> Ausstrahlend	<input type="checkbox"/> Pochend	<input type="checkbox"/> Heiß	<input type="checkbox"/> Pulsierend

Bitte kreisen Sie ein, inwieweit die Schmerzen Ihr Leben beeinflussen.

	überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
Berufliche Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliche Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Familiäre Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Lebensqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei welcher Bewegung fühlen Sie sich durch Ihre Schmerzen hauptsächlich eingeschränkt? | z. B. beim Gehen, Stehen, Heben, Sitzen etc.

Haben Sie Begleitbeschwerden? Wenn ja, kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.

<input type="checkbox"/> Appetitmangel	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Anspannung	<input type="checkbox"/> Schlafmangel	Andere
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Sorgen	<input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit	
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Schwächegefühl	<input type="checkbox"/> Reizbarkeit		
<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung		

Von wem wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen behandelt?

Arzt	Facharzt
Therapeut	Andere

Wurde bei Ihnen bereits eine Schmerzdiagnose gestellt? | Wenn ja, welche?

Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wurden Sie schon einmal operiert?

Ja Nein Wenn ja, wann?

Datum	Art der Operation