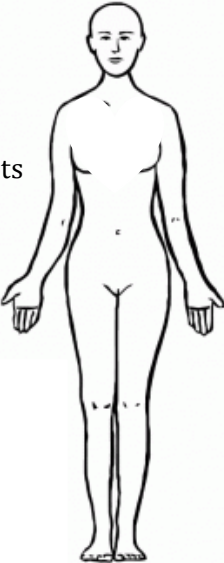



<b>Schmerz - Fragebogen</b>					
Quellen: 1. Englische Originalversion Pain Research Group – Dep. of Neurology – University of Wisconsin – Madison Medical School 2. Deutscher Schmerzfragebogen DGS					
Nachname:			Vorname:		
Geburtsdatum:		Geschlecht:		Datum:	
Körpergewicht:			Größe:		

1. Bitte schraffieren Sie in der unten abgebildeten Zeichnung die **Gebiete, in denen Sie Schmerzen haben**. Markieren Sie mit „X“ die Stelle, die Sie am meisten schmerzt:



Rechts      Links

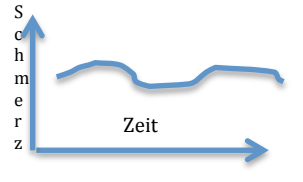
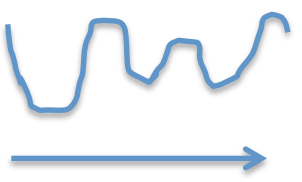
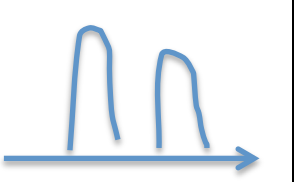
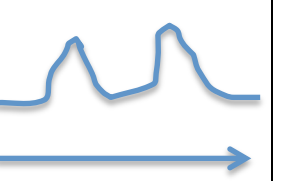
vorne



Links      Rechts

hinten

2. Welche der **Aussagen** trifft auf Ihre Schmerzen zu? (bitte nur 1 Angabe machen)

			
Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen <input type="checkbox"/>	Dauerschmerzen mit starken Schwankungen <input type="checkbox"/>	Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei <input type="checkbox"/>	Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen <input type="checkbox"/>

3. **Seit wann** leiden Sie unter diesen Schmerzen?

<input type="checkbox"/> weniger als 1 Monat	<input type="checkbox"/> 3-6 Monate	<input type="checkbox"/> 1-2 Jahre
<input type="checkbox"/> ca 1 – 3 Monate	<input type="checkbox"/> 6 Monate bis 1 Jahr	<input type="checkbox"/> mehr als 2 Jahre

4. Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre **stärksten** Schmerzen in der letzten Woche angibt:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Schmerz							Stärkste vorstellbare Schmerzen			

5. Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre **geringsten** Schmerzen in der letzten Woche angibt:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Schmerz							Stärkste vorstellbare Schmerzen			

6. Kreisen Sie die Zahl ein, die aussagt, welche Schmerzen Sie **in diesem Moment** haben:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Schmerz							Stärkste vorstellbare Schmerzen			

7. Welche **Schmerzstärke** wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Schmerz							Stärkste vorstellbare Schmerzen			

<b>8. Welche Behandlung oder Medikamente erhalten Sie gegen Ihre Schmerzen?</b>										
<b>9. Bitte denken Sie an die vergangenen 24 Stunden. Wie viel Schmerzlinderung haben Sie durch Behandlung oder Medikamente erfahren? Bitte kreisen Sie die passende Zahl ein:</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Linderung								vollständige Linderung		
<b>9. Bitte kreisen Sie die Zahl ein, die angibt, wie stark Sie Ihre Schmerzen in den vergangenen 24 Stunden beeinträchtigt haben:</b>										
<b>✓ Allgemeine Aktivität</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Beeinträchtigung								Stärkste Beeinträchtigung		
<b>✓ Stimmung</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Beeinträchtigung								Stärkste Beeinträchtigung		
<b>✓ Gehvermögen</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Beeinträchtigung								Stärkste Beeinträchtigung		
<b>✓ Normale Arbeit (sowohl außerhalb und Haushalt), Belastbarkeit</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Beeinträchtigung								Stärkste Beeinträchtigung		
<b>✓ Beziehung zu anderen Menschen</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Beeinträchtigung								Stärkste Beeinträchtigung		
<b>✓ Schlaf</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Beeinträchtigung								Stärkste Beeinträchtigung		
<b>✓ Lebensfreude</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Beeinträchtigung								Stärkste Beeinträchtigung		
<b>10. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftsworten können Sie genauer beschreiben, wie Sie Ihre Schmerzen empfinden. Inwieweit trifft das Wort auf Ihre Schmerzen in der letzten Zeit zu?</b>										
	Trifft genau zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ein wenig zu	Trifft nicht zu						
dumpf/drückend	0	0	0	0						
pochend/klopfend	0	0	0	0						
stechend	0	0	0	0						
heiß	0	0	0	0						
brennend	0	0	0	0						
elend	0	0	0	0						
grausam	0	0	0	0						
scheußlich	0	0	0	0						
<b>12. Leiden Sie oder litten Sie in der Vergangenheit unter den folgenden Erkrankungen?</b>										
<input type="checkbox"/> Osteoporose			<input type="checkbox"/> Herzinfarkt / KHK/ Herz -OP			<input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie				
<input type="checkbox"/> Magen-/Darmgeschwüre			<input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker)			<input type="checkbox"/> keine davon				
<b>13. Leiden Sie unter Allergien gegen Medikamente?</b>										
<input type="checkbox"/> ja, gegen:					<input type="checkbox"/> nein, nicht bekannt					
<b>14. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z. B. Aspirin, Marcumar, Pradaxa)?</b>										
<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____					<input type="checkbox"/> nein					
<b>15. Welchen therapeutischen Erfolg wünschen Sie sich von der Behandlung in unserer Praxis?</b>										
<input type="checkbox"/> 100% Schmerzfreiheit wie vor Erkrankung					<input type="checkbox"/> Linderung der Schmerzen um mind. 50%					
<input type="checkbox"/> gebesserte Mobilität/ Gehvermögen					<input type="checkbox"/> Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit					
<input type="checkbox"/> Verbesserung der Lebensqualität					<input type="checkbox"/> anderes:					