

DEUTSCHER SCHMERZ-FRAGEBOGEN

Bitte ausfüllen

Vorname

Name



FRAGEN ZUM SCHMERZ/KÖRPERSCHEMA

Geburtsdatum Alter ID
Tag Monat Jahr In Jahren Ihre Nummer

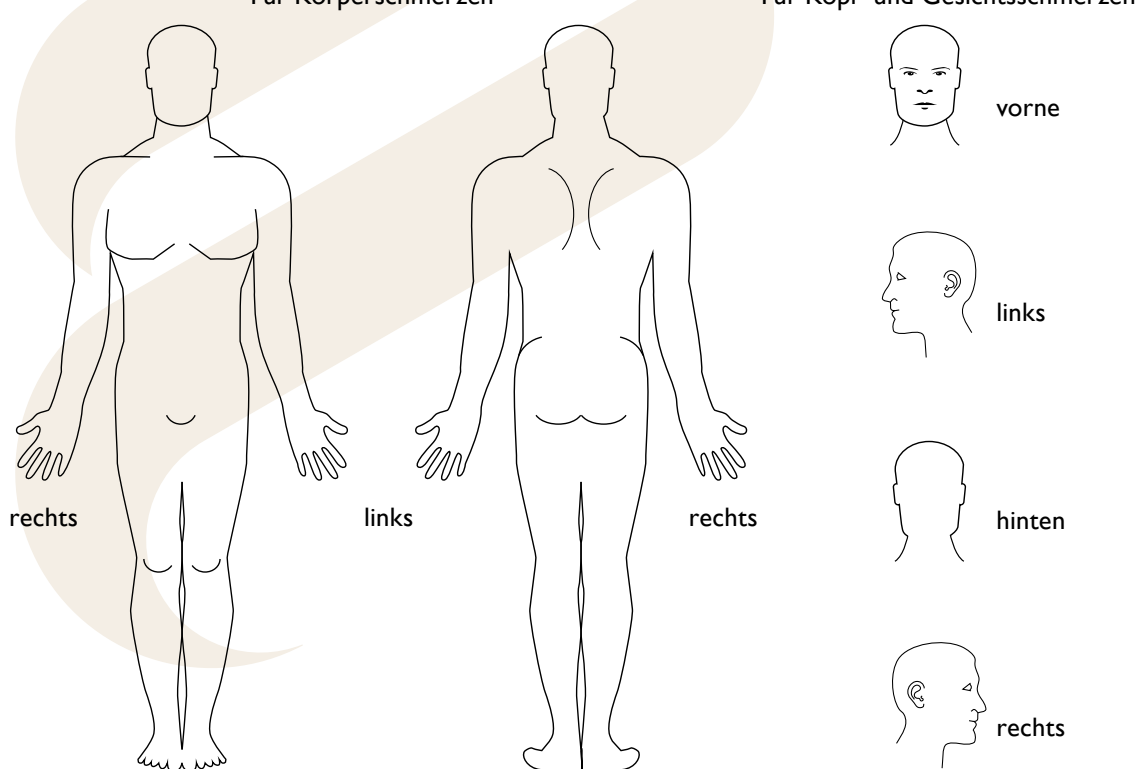
Geschlecht Größe Gewicht
weiblich männlich in cm in Kg

1 Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur anwaltlichen Beratung?

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

Für Körperschmerzen

Für Kopf- und Gesichtsschmerzen



The diagram consists of two main parts. On the left, under the heading 'Für Körperschmerzen', there are two human silhouettes: one facing forward and one facing backward. The front silhouette has 'rechts' (right) on the left side and 'links' (left) on the right side. The back silhouette has 'links' on the left side and 'rechts' on the right side. On the right, under the heading 'Für Kopf- und Gesichtsschmerzen', there are four head silhouettes: 'vorne' (front view), 'links' (left profile view), 'hinten' (back view), and 'rechts' (right profile view).

3 Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit Ihren eigenen Worten (z.B. „ziehender oder brennender oder pochender Schmerz, in der Schulter beginnend, in den Unterarm ausstrahlend; verstärkt bei Bewegung“):

FRAGEN ZUM SCHMERZ

4

Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?

weniger als 1 Monat 1 Monat bis ½ Jahr ½ bis 1 Jahr

1 bis 2 Jahre 2 bis 5 Jahre mehr als 5

Können Sie ein genaues Datum angeben?

Tag Monat Jahr

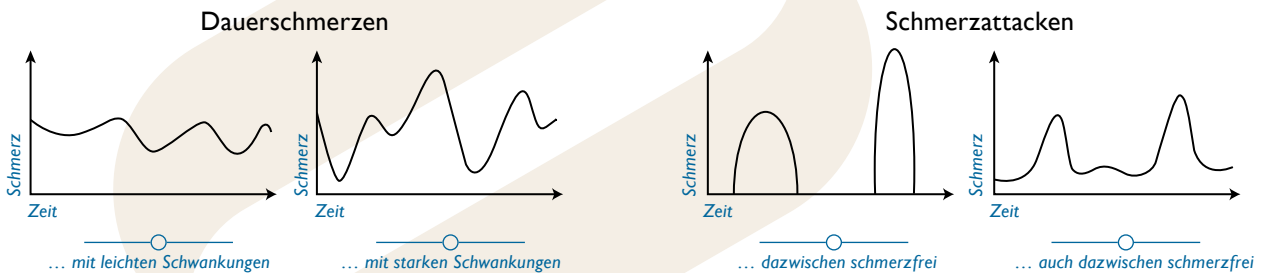
5

Haben Sie ein **einziges Schmerzbild** oder können Sie **mehrere verschiedene Schmerzbilder** (z.B. Kreuz- und Knieschmerzen; verschiedene Kopf- und Gesichtsschmerzen) voneinander unterscheiden?

eins zwei mehr

6

Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen am besten zu? (Bitte nur eine Angabe machen!)



Wenn Sie unter Schmerzattacken leiden, ...

... **wie lange** dauert dann durchschnittlich eine Schmerzattacke?

Sekunden/Minuten Stunden bis zu drei Tage länger als drei Tage

... **wie oft** treten Ihre Schmerzattacken zur Zeit auf? (Mehrfachangaben sind möglich)

mehrfach täglich einmal täglich mehrfach wöchentlich einmal wöchentlich

mehrfach monatlich einmal monatlich seltener; wie oft pro Jahr

7

Seit wann bestehen Ihre Hauptschmerzen in Ihrer in Ihrer **heutigen Stärke und Ausprägung?**

_____ seit dem Ereignis, und zwar seit

8

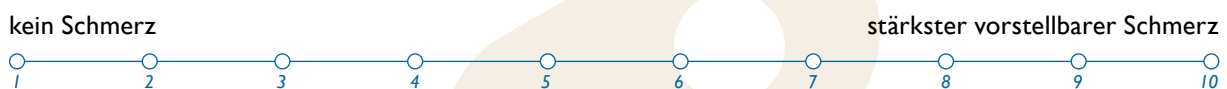
Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer jeweiligen Schmerzen an**. Kreuzen Sie auf den **unten aufgeführten Linien an**, wie stark Sie Ihre Schmerzen (auch unter Ihrer Üblichen Medikation) empfinden. Die Zahlen können Ihnen bei der Einteilung helfen. Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, 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:

FRAGEN ZUM SCHMERZ/SCHMERZINTENSITÄT

Geben Sie bitte zunächst Ihre momentane Schmerzstärke an:



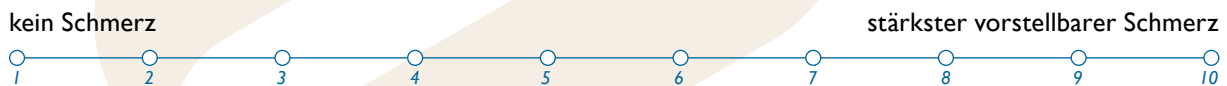
Geben Sie jetzt bitte Ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten Wochen an:



Geben Sie jetzt bitte Ihre größte Schmerzstärke während der letzten Wochen an:



Geben Sie jetzt bitte an, welche durchschnittliche Schmerzstärke seit dem Schadensvorfall vorliegt:



9

Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Zeiten besonders stark? (Bitte notieren Sie Tageszeit, Wochentag bzw. Jahreszeit; Mehrfachangaben möglich)

ja nein **Wenn „ja“, wann?**

<p>Tageszeit:</p> <p><input type="checkbox"/> jede Uhrzeit möglich</p> <p><input type="checkbox"/> morgens</p> <p><input type="checkbox"/> mittags</p> <p><input type="checkbox"/> nachmittags</p> <p><input type="checkbox"/> abends</p> <p><input type="checkbox"/> nachts</p>	<p>Wochentag:</p> <p><input type="checkbox"/> Jeder Tag möglich</p> <p><input type="checkbox"/> Montag</p> <p><input type="checkbox"/> Dienstag</p> <p><input type="checkbox"/> Mittwoch</p> <p><input type="checkbox"/> Donnerstag</p> <p><input type="checkbox"/> Freitag</p> <p><input type="checkbox"/> Samstag</p> <p><input type="checkbox"/> Sonntag</p>	<p>Jahreszeit:</p> <p><input type="checkbox"/> jede Jahreszeit möglich</p> <p><input type="checkbox"/> Frühling</p> <p><input type="checkbox"/> Sommer</p> <p><input type="checkbox"/> Herbst</p> <p><input type="checkbox"/> Winter</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

9.1. Haben sich Ihre Schmerzen verändert?

bzgl. Häufigkeit	<input type="checkbox"/> gleich geblieben	<input type="checkbox"/> häufiger geworden
bzgl. Intensität	<input type="checkbox"/> gleich geblieben	<input type="checkbox"/> schwächer geworden
bzgl. Charakter	<input type="checkbox"/> gleich geblieben	<input type="checkbox"/> anders geworden

EINSCHRÄNKUNG(EN) NEUROPATHIE

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 weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
... elend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	... klopfend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... schauerhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	... pochend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... scheußlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	... brennend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... furchtbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	... heiß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... dumpf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	... stechend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... drückend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	... ziehend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen **seit dem Schadensereignis**. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

An wie vielen Tagen konnten Sie aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

Anzahl der Tage

In welchem Maße haben die Schmerzen Ihren Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Maße haben Ihre Schmerzen Ihre Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien – oder Freundeskreis beeinträchtigt?

keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Maße haben die Schmerzen Ihre Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

URSACHEN/ WOHLBEFINDEN

12

Spüren/ Empfinden Sie im Bereich Ihrer Schmerzen mitunter...

... eine leichte Berührung (z.B. durch die Bettdecke) als schmerzhaft?

nie kaum gering mittel stark sehr stark
 — — — — —

... ein Brenngefühl (z.B. wie beim Kontakt mit Brennnesseln)?

nie kaum gering mittel stark sehr stark
 — — — — —

... ein Knöchel-/ Prickelgefühl (z.B. Ameisenlaufen)?

nie kaum gering mittel stark sehr stark
 — — — — —

... blitzartige elektrisierende Schmerzattacken?

nie kaum gering mittel stark sehr stark
 — — — — —

... Kälte / Wärme (z.B. Badewasser) als schmerzhaft?

nie kaum gering mittel stark sehr stark
 — — — — —

... ein Taubheitsgefühl?

nie kaum gering mittel stark sehr stark
 — — — — —

... bei leichtem Druck (z.B. mit einem Finger) außergewöhnlich starke Schmerzen?

nie kaum gering mittel stark sehr stark
 — — — — —

13

Auf welche Ursachen führen Sie Ihre Schmerzen zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

auf eine ärztliche Behandlung, welche? _____

Datum der Operation: _____
Tag Monat Jahr

auf einen Unfall, welche? _____

Datum der Unfalls: _____
Tag Monat Jahr

auf eine andere Ursache, welche? _____

14

Was machen Sie selbst, um Ihre Schmerzen günstig zu beeinflussen? (Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung...)

15

Was löst Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen aus oder verschlimmert sie?

ich weiß es nicht

THERAPEUTEN/ BISHERIGE SCHMERZTHERAPIE

16

Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich 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:

Trotz der Schmerzen würde ich sagen, ...

- ... ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.
- ... ich bin innerlich erfüllt gewesen.
- ... ich bin innerlich erfüllt gewesen.
- ... ich habe mich behaglich gefühlt.
- ... ich habe mein Leben genießen können.
- ... ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.
- ... ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.
- ... ich habe mich richtig freuen können.

	trifft gar nicht zu	○	○	○	○	○	○	trifft vollkommen zu
...		○	○	○	○	○	○	
...		○	○	○	○	○	○	
...		○	○	○	○	○	○	
...		○	○	○	○	○	○	
...		○	○	○	○	○	○	
...		○	○	○	○	○	○	
...		○	○	○	○	○	○	

17

Von wem wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht oder behandelt?** (Mehrfachangaben möglich)

○ keine Behandlung				
○ Allgemeinarzt	○ Chirurg	○ Heilpraktiker	○ Internist	
○ Neurochirurg	○ Neurologe	○ Orthopäde	○ Internist	
○ Psychotherapeut	○ Radiologe	○ Schmerztherapeut	○ andere?	_____

Wurde bei Ihnen bereits eine Schmerzdiagnose gestellt?

○ ja	○ welche?	_____
○ nein		

18

Wie wurden Ihre Schmerzen bisher **behandelt?** Welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen haben Sie erhalten? Sind Ihre Schmerzen durch diese Maßnahmen zumindest zeitweilig gelindert wurden?

	ja	zeitweise	nein
○ bisher keine Schmerzbehandlung	○	○	○
○ Medikamente	○	○	○
○ Operationen	○	○	○
○ Infusionen	○	○	○
○ Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	○	○	○
○ Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	○	○	○
○ Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	○	○	○
○ Krankengymnastik	○	○	○
○ Massagen, Bäder, Kälte-/ Wärmetherapie	○	○	○
○ Elektrische Nervenstimulation (TENS)	○	○	○
○ Akupunktur	○	○	○
○ Chiropraktik	○	○	○
○ Psychotherapie	○	○	○
○ Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	○	○	○
○ Kur-/ Reha-Behandlung	○	○	○
○ Anderes _____			

BISHERIGE SCHMERZTHERAPIE(N) LEBENSBEREICHE

21

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

Ihre früheren Schmerz-Medikamente?	wirksam?			Nebenwirkungen?
	nein	etwas	ja	
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Falls der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht, benutzen Sie ein Extrablatt!

22

Im Folgenden sind **verschiedene Lebensbereiche** angesprochen. Bitte kreuzen Sie jeweils an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in diesen Lebensbereichen beeinträchtigt werden.

	keine Beeinträchtigung									völlige Beeinträchtigung
häusliche und familiäre Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freizeit/ Erholung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
soziale Unternehmungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haus- und Berufsarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbstständigkeit in Körperpflege und Alltagsverrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23

Zur vollständigen Beurteilung Ihrer Erkrankung bitten wir Sie im Folgenden um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre **allgemeine und seelische Verfassung**. Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich am ehesten zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz für jede Feststellung und lassen Sie bitte keine aus. Überlegen Sie nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

STIMMUNG & AFFEKT

Ich fühle mich angespannt oder überreizt

- meistens
- oft
- von Zeit zu Zeit gelegentlich
- überhaupt nicht

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

- ja, tatsächlich sehr
- ziemlich
- nicht sehr
- überhaupt nicht

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliche passieren könnte

- ja, sehr stark
- ja, aber nicht allzu stark
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

- überhaupt nicht
- gelegentlich
- ziemlich oft
- sehr oft

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- einen Großteil der Zeit
- verhältnismäßig oft
- von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- nur gelegentlich/ nie

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- ja, tatsächlich sehr oft
- ziemlich oft
- nicht sehr oft
- überhaupt nicht

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

- ja, natürlich
- gewöhnlich schon
- nicht oft
- überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- fast immer
- sehr oft
- manchmal
- überhaupt nicht

Ich fühle mich glücklich

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- ja, so viel wie immer
- nicht mehr ganz so viel
- inzwischen viel weniger
- überhaupt nicht

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- ja, stimmt genau
- ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ich kümmere mich so viel darum wie immer

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- ganz genau so
- nicht ganz so sehr
- nur noch ein wenig
- kaum oder gar nicht

Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- ja, sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- kaum bis gar nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen

- oft
- manchmal
- eher selten
- sehr selten

Ich denke des öfteren daran, mir das Leben zu nehmen ja nein

ALLGEMEINBEFINDEN/ LEBENSQUALITÄT

25

Die folgenden Fragen beziehen sich (auf die Zeit ab dem Schadensereignis bis heute). Wie war Ihr allgemeines Wohlbefinden? Ordnen Sie Ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechten Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen Sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.



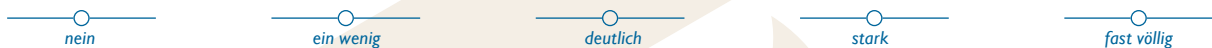
War Ihre nächtliche **Schlafdauer**?



Hatten Sie **Dauerschmerzen**?



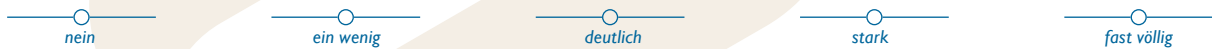
Wurden Sie durch Ihre Schmerzen **in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt**?



Haben die Schmerzen Ihre **Stimmung beeinträchtigt**?



Hatten Sie das Gefühl, die **Schmerzen lindernd beeinflussen** zu können?



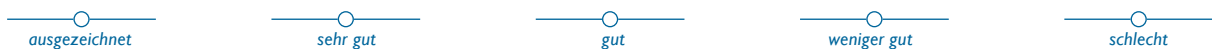
Hatten Sie **sonstige Beschwerden?** (Mehrfachangaben möglich)



26

Bei diesen Fragen geht es um die **Beurteilung Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes**: Ihre Antworten ermöglichen, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

Wie würden Sie Ihren **Gesundheitszustand im Allgemeinen** beschreiben?



Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie **durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt**?

Wenn ja, wie stark?

Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, Staubsaugen, Kegeln, Tennis spielen



ALLGEMEINBEFINDEN/ LEBENSQUALITÄT

Mehrere Treppenabsätze steigen

ja, stark eingeschränkt

ja, etwas eingeschränkt

nein, überhaupt nicht

Hatten Sie **aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

Ich habe weniger geschafft als ich wollte.

ja

nein

Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.

ja

nein

Hatten Sie **aufgrund seelischer Probleme** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten?)

Ich habe weniger geschafft als ich wollte.

ja

nein

Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.

ja

nein

Inwieweit haben die Schmerzen Sie **bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?**

überhaupt nicht

ein bisschen

mäßig

ziemlich

sehr

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie **sich fühlen und wie es Ihnen gegangen ist** (bitte kreuzen Sie in jeder Zeile den Begriff an, der Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie...

... ruhig und gelassen

immer meistens ziemlich manchmal selten nie

... voller Energie

... entmutigt und traurig

Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme Ihre **Kontakte zu anderen Menschen** (Besuche bei Freunden, Bekannten, usw.) beeinträchtigt?

immer meistens manchmal selten nie