Deutscher Schmerz-Fragebogen

568010900
Berufsausübungsgemeinschaft
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Dr. med. Klaus-Peter Abele
Dr. med. Raphael Rogge
Hauptstraße 93 ● 76571 Gaggenau
Tel.: 07225/1301, Fax 07225/1304
www.hausarztgaggenau.de

abele
rogge

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Copyright: www.dgss.org

Version 2015.2 Juni 2015

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.

Die folgenden vier Zeilen bitte nicht ausfüllen!

Patienten-Nr.: _____

Ausgabe-Datum: _____

Eingangs-Datum: _____

Erster Behandlungstermin: _____

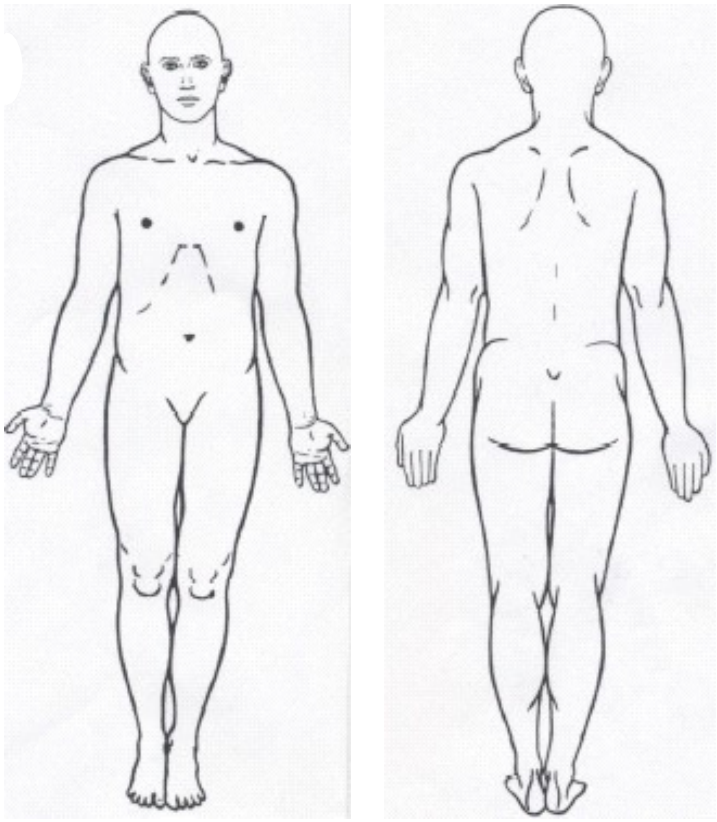
Patient:_____ Datum beim Ausfüllen: __ __ (Tag) __ __ (Monat) __ __ __ __ (Jahr)

1. Geburtsdatum: __ __ (Tag) __ __ (Monat) __ __ __ __ (Jahr) Alter:_____Jahre

2. Geschlecht: männlich ◯ weiblich ◯ divers ◯

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:

_____

_____

_____

_____

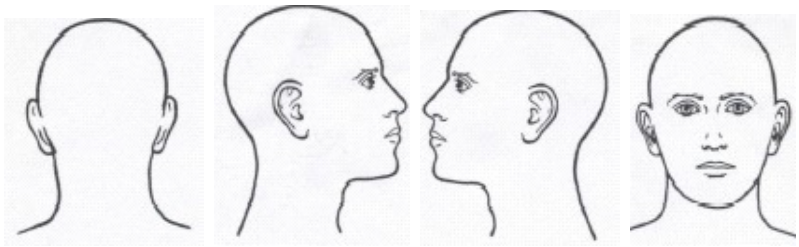
_____

_____

_____

_____

_____



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

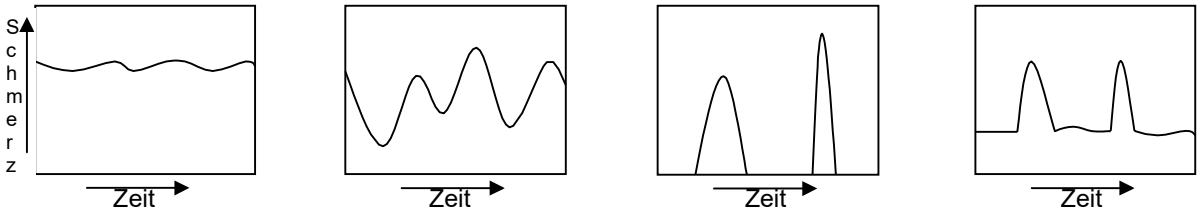
_____

7. a) **Seit wann** bestehen diese Schmerzen?

weniger als 1 Monat	◯	½ Jahr bis 1 Jahr	◯	2 bis 5 Jahre	◯
1 Monat bis ½ Jahr	◯	1 bis 2 Jahre	◯	mehr als 5 Jahre	◯

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?

mehrfach täglich ○ einmal täglich ○ mehrfach wöchentlich ○
einmal wöchentlich ○ mehrfach monatlich ○ einmal monatlich ○
seltener: ○ _____

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

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark? Ja ○ nein ○
wenn ja: morgens ○ mittags ○ nachmittags ○ abends ○ 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	○	○	○	○	….heiß	○	○	○	○
....drückend	○	○	○	○	….brennend	○	○	○	○
….pochend	○	○	○	○	….elend	○	○	○	○
….klopfend	○	○	○	○	….schauderhaft	○	○	○	○
….stechend	○	○	○	○	….scheußlich	○	○	○	○
....ziehend	○	○	○	○	….furchtbar	○	○	○	○

SBL © Korb 2006

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 Jahr)

auf einen Unfall ○ wenn ja, welchen? _____

Datum des Unfalls ___ ___ ____ (Tag Monat Jahr)

auf 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.

Trotz der Schmerzen würde ich sagen:	trifft gar nicht zu **0**	**1**	**2**	**3**	**4**	trifft vollkommen zu **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.	○	○	○	○	○	○

FW7 © Herda, Scharfenstein u. Basler 1998

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

DASS © Nilges, Korb, Essau 2012

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:

D: _____ A: _____ S: _____

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

Keine Behandlung ○

Allgemeinarzt	○	Neurochirurg	○	Psychotherapeut	○
Chirurg	○	Neurologe	○	Radiologe	○
Heilpraktiker	○	Orthopäde	○	Schmerztherapeut	○
Internist	○	Psychiater	○	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	○				
Medikamente		→	○	○	○
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		→	○	○	○
Medikamenten-Entzug		→	○	○	○
Kur-/Reha-Behandlung		→	○	○	○
Anderes: _____		→	○	○	○

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:** Tag	Monat	Jahr	**wg. Schmerz?↓**
1._____	|_|_|	|_|_|	|_|_|_|_|	○
2._____	|_|_|	|_|_|	|_|_|_|_|	○
3._____	|_|_|	|_|_|	|_|_|_|_|	○
4._____	|_|_|	|_|_|	|_|_|_|_|	○
5._____	|_|_|	|_|_|	|_|_|_|_|	○

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 nur bei Bedarf	
Medikament	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?
Beispiel: Ibuprofen 600	1 Tbl.	1 Tbl.	0	0		
Beispiel: Ibuprofen 200					X	ca. 7mal 1 Tbl.

	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf	
Bitte hier Ihre Medikamente eintragen:	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?

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

	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen?
Ihre früheren Schmerz-Medikamente	nein	etwas	ja	bitte beschreiben

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 Welche Erkrankung: _____	**ja** ○ **nein** ○			
	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1]	[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** ○ **nein** ○			
	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1]	[2]	starke [3]
Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung Andere: _____	**ja** ○ **nein** ○			
	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1]	[2]	starke [3]
Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie Andere: _____	**ja** ○ **nein** ○			
	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1]	[2]	starke [3]
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** ○ **nein** ○			
	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1]	[2]	starke [3]
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse Andere: _____	**ja** ○ **nein** ○			
	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1]	[2]	starke [3]
Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen Andere: _____	**ja** ○ **nein** ○			
	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1]	[2]	starke [3]
Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte Andere: _____	**ja** ○ **nein** ○			
	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1]	[2]	starke [3]
Hauterkrankungen z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme Andere: _____	**ja** ○ **nein** ○			
	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1]	[2]	starke [3]
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** ○ **nein** ○			
	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1]	[2]	starke [3]
Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Magersucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose Andere: _____	**ja** ○ **nein** ○			
	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1]	[2]	starke [3]
Andere Erkrankungen _____	**ja** ○ **nein** ○			
	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1]	[2]	starke [3]
Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Andere: _____	**ja** ○ **nein** ○			
Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub	**ja** ○ **nein** ○			

Modul D 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

ich lebe ○ Ehepartner/Partn ○ Kinde ○ (Schwieger- ○

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

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 ○ ⓪ weiter bei Frage

nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig ○

Ich habe zuletzt gearbeitet als (bitte eintragen): _____

_____ ⓪ weiter bei Frage

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: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

endgültig ○ seit wann: |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Tag Monat Jahr

wenn ja, Berentung welcher Art?

Vorgezogenes Altersruhegeld ○
Berufsunfähigkeit ○
Erwerbsunfähigkeit ○
Erreichen der Altersgrenze ○
Teilweise Erwerbsminderung ○
Volle Erwerbsminderung ○
Unfallrente ○
Witwen- oder Waisenrente ○

S-8. Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten **Behinderung**? ja ○ nei ○ ⓪ wenn ja, wie hoch ist der GdB?_____

Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt? ja ○ nein ○

Modul L Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Ihre Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie gut Sie Ihre Alltagstätigkeiten ausüben können.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei der Antwort auf eine Frage unsicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich.

	aus-gezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	☐	☐	☐	☐	☐

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Gesundheit bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. **mittelschwere Tätigkeiten**, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln.....	☐	☐	☐
3. **mehrere** Treppenabsätze steigen.....	☐	☐	☐

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten?

	nein, nie	ja, selten	ja, manchmal	ja, meistens	ja, immer
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen.....	☐	☐	☐	☐	☐

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer** Probleme die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	nein, nie	ja, selten	ja, manchmal	ja, meistens	ja, immer
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen.....	☐	☐	☐	☐	☐

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich in den vergangenen 4 Wochen gefühlt haben und wie es Ihnen ergangen ist. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
Wie oft fühlten Sie sich in den vergangenen 4 Wochen…						
9. ruhig und gelassen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. voller Energie?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. entmutigt und traurig?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐

Veterans RAND 12 Gesundheitsfragebogen (VR-12). Entwickelt auf der Grundlage des MOS RAND 36 Version 1.0 mit Unterstützung des US Department of Veterans Affairs. © Kazis et al. 2006. Dt. Version: Buchholz & Kohlmann 2015

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: