

Patienten-Fragebogen

Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

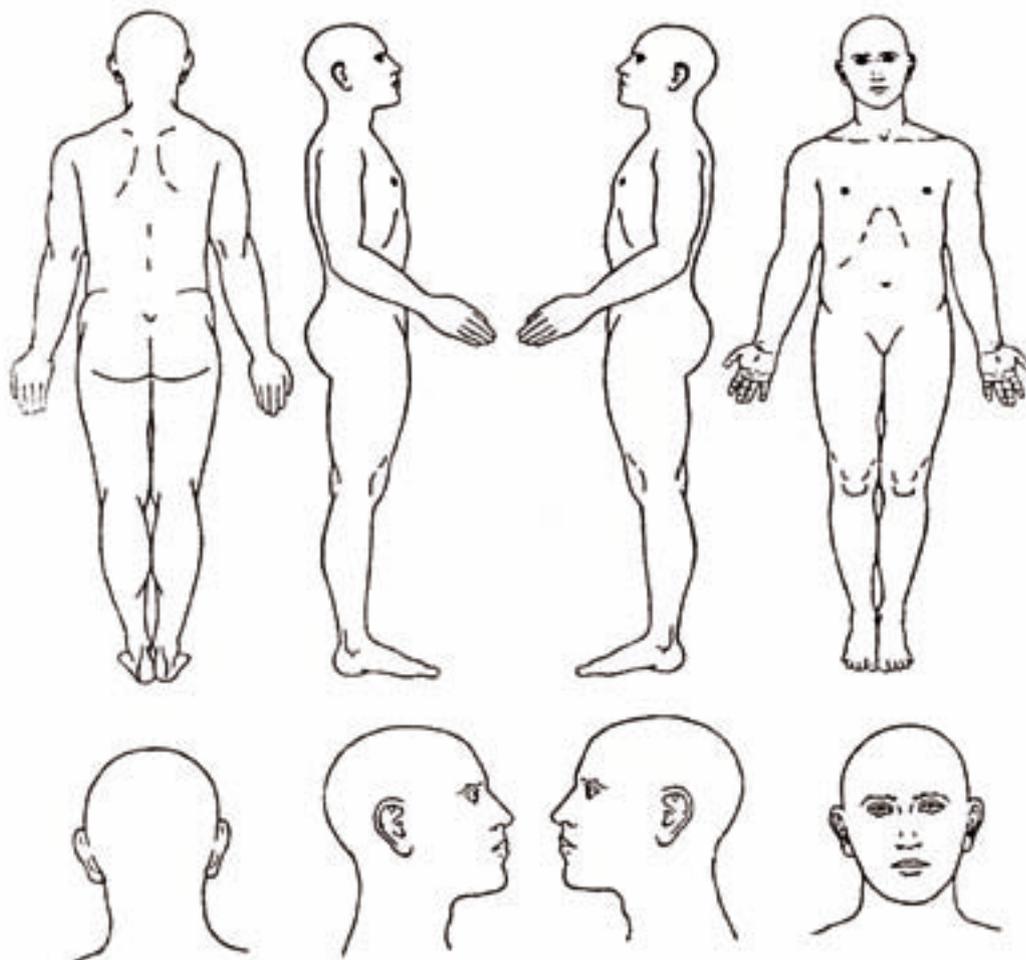
Wir möchten mit Ihnen und für Sie die optimale Behandlung herausfinden. Dazu müssen wir möglichst viel über Ihre Erkrankungen wissen. Deshalb nehmen Sie sich bitte die Zeit, den Bogen sorgfältig auszufüllen.

Nachname: _____ Vorname: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Zeichnen Sie bitte in das Körperschemata alle Schmerzen ein.

Falls Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet her ausstrahlen (z.B. vom Nacken), kennzeichnen Sie bitte diese Stelle mit einem Kreuz (x); die Ausstrahlungsrichtung können Sie mit Pfeilen (↔) markieren. Sie dürfen gerne auch Farben benutzen.



Alles Folgende bezieht sich auf Ihre Hauptschmerzen!

Wo haben Sie Ihren Hauptschmerz? _____

Strahlt der Hauptschmerz aus? Wohin? _____

Welche Eigenschaften hat Ihr Hauptschmerz? ziehend , reißend , stechend ,
bohrend , brennend , schneidend , pochend , klopfend , drückend ,
dumpf , juckend , oberflächlich , tief , quälend , zermürend , mörderisch ,
eigene Beschreibung: _____

Zwischen welchen Schmerzstärken bewegte sich Ihr Hauptschmerz in den letzten 4 Wochen auf einer Skala von 0 – 10 ?
(0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

_____ bis _____. Durchschnittliche Schmerzstärke: _____

Wie oft trat der Schmerz in den letzten 4 Wochen durchschnittlich auf?

maximal 1 x tgl. mehrmals tgl. dauernd

Wie lange hielt der Schmerz in den letzten 4 Wochen durchschnittlich an?

maximal einige Stunden bis 1 Woche mehr als 1 Woche oder dauernd

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzphänomenen oder Anfällen unterschiedlicher Stärke? (d.h. wechseln die Schmerzen zwischen leichten, mäßigen und starken Schmerzen)

mindestens 2x/ Woche seltener als 2x/ Woche nie (Schmerzstärke immer gleich)

Haben Sie irgendwo am Körper ein Taubheitsgefühl, Gefühllosigkeit oder Kribbeln?

nein ja , wo? _____

Haben Sie irgendwo am Körper eine Muskelschwäche oder Lähmung?

nein ja , wo? _____

Was verschlimmert den Hauptschmerz?

Sitzen , Stehen , Gehen , Liegen , Kälte , Wärme , Stress , Ruhe , Menstruation ,
Ärger , Angst , leichte Berührung , Wetterwechsel , Husten , Sonstiges: _____

Was lindert den Hauptschmerz?

Leichte Bewegung , Lagewechsel , Liegen , Kälte , Wärme , Ablenkung , Entspannung ,
Positives Denken , Körperliche Anstrengung , _____

Wann haben die Hauptschmerzen begonnen? _____

Zusätzliche Beschwerden

(Bitte unterstreichen Sie das zutreffende Wort)

	stark	mäßig	kaum
Schwächegefühl, Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benommenheit, Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals, Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiche, Schmerzen, Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck oder Völlegefühl im Leib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störungen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrte Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrte Grübeleien, Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potenzstörungen, sexuelle Lustlosigkeit, Erektionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starkes Schwitzen, Schweißausbrüche, Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweregefühl und Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrgeräusche, Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? _____

Wie oft wachen sie nachts auf? _____

Haben Sie noch andere Erkrankungen?

(z.B. Herzerkrankungen, Lungenerkrankungen, Magen-/ Darmkrankheiten, Leber-/ Nieren-/ Bauchspeicheldrüsenerkrankungen, Diabetes, hoher Blutdruck, grüner Star, seelische Krankheiten, Allergien)

Risikofaktoren: Rauchen , Alkoholkonsum , Übergewicht , Bewegungsmangel ,

Medikamentenübergebrauch , Sonstige _____

Eingeschränkte Tätigkeiten:

Ich kann _____ Min. ohne erhebliche Schmerzverstärkung gehen.
Ich kann _____ Meter ohne erhebliche Schmerzverstärkung gehen.
Ich kann _____ Min. ohne erhebliche Schmerzverstärkung sitzen.
Ich kann _____ Min. ohne erhebliche Schmerzverstärkung stehen

	problemlos	erschwert	Hilfe notwendig	nicht möglich
Kommunikation (Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen, Laufen, Einkaufen gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücken, vorn über gebeugtes Arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen von Taschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungen, z.B. Hand-/Armgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überkopfarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feinere Handarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Entkleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen, Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushaltsführung, z.B. Putzen, Wäsche machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit anderen Menschen, Freunde besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Hobbys ausführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veranstaltungen besuchen, z.B. Konzerte o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Einschränkungen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche konkreten Einschränkungen haben Sie im alltäglichen Leben durch die Schmerzen?

Was bedeutet das für Ihren Tagesablauf?

Drohen Einschränkungen Ihrer Selbstversorgungsfähigkeit? Sind Sie bereits abhängig von der Hilfe anderer Menschen?

Was können Sie nicht in Ihrem Alltag nicht mehr tun? (z.B. an Veranstaltungen teilnehmen, Freunde sehen/ Hobbies nachgehen)

Welche Umstände/ Menschen helfen Ihnen, mit Ihren Einschränkungen besser umzugehen?

Welche Umstände erschweren Ihren Umgang mit den Schmerzen und Einschränkungen?

Im häuslichen Umfeld: _____

Im beruflichen Umfeld: _____

Psychische und soziale Belastungen:

	<u>stimmt</u>	<u>genau</u>	<u>etwas</u>	<u>nicht</u>
Ich empfinde meinen Arbeitsplatz als körperlich stark belastend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich empfinde meinen Arbeitsplatz als seelisch stark belastend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Verhältnis zu meinen Kollegen / Vorgesetzten ist getrübt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß nicht, wie es beruflich weitergehen soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter erheblichen finanziellen Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter Konflikten mit meinem Partner/- in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter Konflikten mit anderen Familienmitgliedern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter Konflikten im Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe außerhalb meiner Schmerzerkrankung weitere erhebliche körperliche oder seelische Erkrankungen. Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe keine befriedigenden Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter dem Verlust eines Angehörigen Wer ist das und seit wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter dem Verlust einer nahen Bezugsperson Wer ist das und seit wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich pflege schwer kranke Angehörige. Wen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide noch unter einem früheren schlimmen Ereignis Unter welchem? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter Vereinsamung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Belastungen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kreuzen Sie bitte alle in den letzten 5 Jahren durchgeführten Therapien an:

	wie oft in den letzten 5 Jahren?	Erfolg	Teilerfolg	kein Erfolg
Psychotherapie(Einzelgespräche)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzspritzen ins Gesäß	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TLA	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morphin-Pumpe	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenentzug	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirotherapie (Manuelle Medizin)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnose	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen, Lymphdrainagen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KG/ Manuelle Therapie	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traktionsbehandlung	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrotherapie	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärme- oder Kältetherapie	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilmittelkombinationen (z.B. KG+Wärme auf ein Rezept)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationstraining/Funktionstraining	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenschulung	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt zu Selbsthilfegruppen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TENS-Gerät	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungsverfahren	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biofeedback	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden bereits spezielle Nervenblockaden durchgeführt? nein ja _____

Haben Sie wegen nicht erfolgreicher Behandlung Ihrer Schmerzen jemals Ihren Hausarzt bzw. Ihren persönlichen Arzt gewechselt? nein ja , _____ Mal

Wie viele Ärzte oder andere Therapeuten haben Sie wegen Ihrer Schmerzen bereits aufgesucht? _____

Wurden Sie wegen der Schmerzen bereits stationär im Krankenhaus behandelt?

Wo: _____ Fachrichtung: _____ Jahr: _____

Waren Sie wegen der Schmerzen jemals zu einem Kuraufenthalt oder zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme?

Wo: _____ Fachrichtung: _____ Jahr: _____

Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine ambulante Badekur oder eine ambulante Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

Wo: _____ Fachrichtung: _____ Jahr: _____

Welche Ziele würden Sie gerne erreichen?

- Schmerzlinderung oder -freiheit
- Medikamente reduzieren
- besser schlafen können
- besser gehen können
- länger stehen können
- länger sitzen können
- mich wieder besser selber versorgen zu können
- den Haushalt wieder besser führen zu können
- wieder Freunde und Veranstaltungen besuchen zu können
- mich psychisch wieder besser fühlen
- mehr über die Schmerzkrankheit erfahren
- besser mit Schmerzen umgehen lernen
- Eigenübungsprogramm erlernen (Gymnastik, Entspannung, Akupressur etc.)
- wieder arbeitsfähig werden
- Rente bekommen
- _____

Kommt eine stationäre Schmerztherapie für Sie grundsätzlich in Frage?

ja nein , warum nicht? _____

Könnten Sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln nach Bad Mergentheim fahren?

ja nein , warum? _____

Sozialmedizinische Anamnese:

ledig verh. feste Partnerschaft geschieden verwitwet

Haben Sie **Kinder**? wenn ja, geben Sie bitte Geschlecht (w oder m) und Alter an:

Ich lebe allein mit (Ehe-)partner-/ in mit/ bei Kindern
 betreutes Wohnen in einer Pflegeeinrichtung

Beziehen Sie **Hilfen bei der häuslichen Versorgung** (z.B. Essen auf Rädern, Diakonie, Sozialstation, Nachbarschaftshilfe)?

ja Welche? _____

Beziehen Sie Leistungen aus der **Pflegeversicherung**?

nein Stufe I Stufe II Stufe III

Wurde ein **Antrag auf Pflegebedürftigkeit** gestellt?

ja nein

Jetzt bzw. zuletzt ausgeübter **Beruf**: _____

Berufstätig **Arbeitslos** seit _____ **Hausfrau/ -mann**

Zuständige Rentenversicherung: _____
z.B. (RV-Bund oder RV-Baden Württemberg)

Anschrift: _____

Rentenversicherungs-Nr: _____

Zuständige Krankenkasse: _____ Telefonnr. _____

Anschrift: _____ Sachbearbeiter: _____

Momentan **krankgeschrieben** seit _____

Erwerbsunfähigkeitsrente seit _____ auf Zeit/ auf Dauer.

Altersrente seit _____ **Unfallrente (MdE)**: _____ % seit _____

Haben Sie Prozente beim Versorgungsamt (**GdB**) oder einen Schwerbehinderten-Ausweis?

nein ja , _____ %. Zusatzzeichen _____

Laufen **Anträge oder Gerichtsverfahren** zur Erlangung der oben genannten Leistungen (z.B. Pflegeversicherung oder EU-Rente)?

ja Welche? _____

Bitte füllen Sie die folgende **Arbeitsanamnese** nur aus, wenn Sie berufstätig oder arbeitslos sind oder eine Rente auf Zeit bekommen! Alle Angaben beziehen sich auf die jetzige bzw. letzte berufliche Tätigkeit.

Arbeitsstellenbezeichnung: _____

Name der Firma, bei der Sie angestellt sind: _____

Kurze Beschreibung der Arbeitsaufgaben: _____

Arbeitszeit wöchentlich _____ Std., tägl. von _____ bis _____

Bereitschaftsdienst ja nein

Schichtdienst ja nein

Innendienst _____ % der Arbeitszeit

Außendienst _____ % der Arbeitszeit

Sitzende Tätigkeit _____ % der Arbeitszeit

Stehende Tätigkeit _____ % der Arbeitszeit

Besondere Anforderungen

- Unbequeme Haltungen (z.B. knien, bücken o.ä.)
- Hohe Verantwortung für Personen und /oder Sachen
- Hohe Konzentration und Aufmerksamkeit
- Starker Termin- und Zeitdruck
- Konfliktsituationen am Arbeitsplatz

Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten krank geschrieben?

_____ Tage/ Wochen / Monate

Haben Sie **Arbeitsversuche** bzw. **den Versuch einer stufenweisen Wiedereingliederung in den letzten 18 Monaten** unternommen?

ja nein

Sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz zufrieden?

sehr mäßig nein

Welche Einschränkungen haben Sie im Berufsleben durch Ihre Schmerzen?

Droht Ihnen eine Kündigung? ja nein

Beeinträchtigung Ihres Lebens durch die Schmerzen:

Wie sehr hindern Sie die Schmerzen daran, ein normales Leben zu führen?

Kreuzen Sie bitte die Zahl an, die die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen (alle, nicht nur Hauptschmerz) beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung und ein Wert von 10 gibt an, dass Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.

Familiäre und häusliche Verpflichtungen (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeiten)

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

Erholung (dieser Bereich umfasst Hobbys, Sport und Freizeitaktivitäten)

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

Soziale Aktivitäten (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Feste, Theater- und Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

Beruf (dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufes sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben; gemeint sind auch Hausfrauen(-männer-) Tätigkeiten)

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

Sexualleben (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

Selbstversorgung (dieser Bereich umfasst Aktivitäten, die Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z.B. sich waschen und anziehen, Autofahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein)

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

Lebensnotwendige Tätigkeiten (dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie essen, schlafen und atmen)

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

Schmerzbedingte psychische Beeinträchtigung

Im folgenden Teil sind einige Gefühle und Gedanken aufgeführt, die Menschen haben, wenn sie unter Schmerzen leiden. Bitte geben Sie an, inwiefern diese Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

Bei jeder Aussage haben Sie 6 Antwortmöglichkeiten:

6 = *stimmt vollkommen*

5 = *stimmt weitgehend*

4 = *stimmt ein wenig*

3 = *stimmt eher nicht*

2 = *stimmt weitgehend nicht*

1 = *stimmt überhaupt nicht*

BEZIEHEN SIE SICH BEI DER BEANTWORTUNG BITTE AUF IHRE TYPISCHEN SCHMERZEN IN DEN LETZTEN TAGEN.

Bitte machen Sie ein Kreuz auf die Zahl, die für Sie persönlich am besten zutrifft.

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz. (Wenn eine Aussage für Sie nicht zutrifft, überspringen Sie diese Zeile nicht, sondern kreuzen Sie eine 1 an)

	Stimmt voll- kommen				Stimmt gar nicht
1. Wegen meiner Schmerzen bin ich zurückgezogen und von allen isoliert.	6	5	4	3	2 1
2. Wegen meiner Schmerzen fühle ich mich hilflos.	6	5	4	3	2 1
3. Wegen meiner Schmerzen bin ich oft niedergeschlagen.	6	5	4	3	2 1
4. Wegen meiner Schmerzen fühle ich mich dem Leben und seinen Schwierigkeiten manchmal nicht mehr gewachsen.	6	5	4	3	2 1
5. Wegen meiner Schmerzen fühle ich mich leer und ausgelaugt.	6	5	4	3	2 1
6. Wegen meiner Schmerzen fürchte ich mich mehr als früher davor, was noch alles auf mich zukommen könnte.	6	5	4	3	2 1
7. Wegen meiner Schmerzen bin ich verängstigt.	6	5	4	3	2 1
8. Wegen meiner Schmerzen gehen mir oft unwichtige Gedanken durch den Kopf und beunruhigen mich.	6	5	4	3	2 1
9. Wegen meiner Schmerzen bin ich oft unruhig.	6	5	4	3	2 1
10. Wegen meiner Schmerzen bin ich oft wütend.	6	5	4	3	2 1
11. Wegen meiner Schmerzen bin ich verärgert.	6	5	4	3	2 1
12. Wegen meiner Schmerzen fahre ich leicht aus der Haut.	6	5	4	3	2 1
13. Wegen meiner Schmerzen habe ich oft Lust, mich abzureagieren.	6	5	4	3	2 1
14. Wegen meiner Schmerzen könnte ich vor Wut manchmal schreien.	6	5	4	3	2 1

Schmerzbewältigung

Im folgenden Teil sind einige Möglichkeiten aufgeführt, Schmerzen zu kontrollieren bzw. etwas gegen die Schmerzen zu tun. Bitte geben Sie an, inwiefern diese Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

Bei jeder Aussage haben Sie wieder 6 Antwortmöglichkeiten:

- 6 = *stimmt vollkommen*
- 5 = *stimmt weitgehend*
- 4 = *stimmt ein wenig*
- 3 = *stimmt eher nicht*
- 2 = *stimmt weitgehend nicht*
- 1 = *stimmt überhaupt nicht*

BEZIEHEN SIE SICH BEI DER BEANTWORTUNG AUF IHRE TYPISCHEN SCHMERZEN IN DEN LETZTEN TAGEN.

Bitte machen Sie ein Kreuz auf die Zahl, die für Sie persönlich am besten zutrifft

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz. (Wenn eine Aussage für Sie nicht zutrifft, überspringen Sie diese Zeile nicht, sondern kreuzen Sie eine 1 an)

Teil A							Stimmt voll- kommen							Stimmt überhaupt nicht				
1. Wenn ich Schmerzen habe, habe ich einen Plan, wie ich vorgehe.	6	5	4	3	2	1												
2. Wenn ich Schmerzen habe, erinnere ich mich an das, was ich mir für einen solchen Fall vorgenommen hatte.	6	5	4	3	2	1												
3. Wenn die Schmerzen stärker werden, treffe ich Vorbereitungen, um sie besser aushalten zu können.	6	5	4	3	2	1												
4. Wenn ich Schmerzen habe, habe ich meist eine Anzahl von Möglichkeiten parat, sie zu bekämpfen.	6	5	4	3	2	1												
5. Wenn ich Schmerzen habe, wäge ich sie gegen die guten Seiten des Lebens ab.	6	5	4	3	2	1												
6. Wenn ich Schmerzen habe, sage ich mir, dass ich viel besser damit zurecht komme als früher.	6	5	4	3	2	1												
7. Wenn ich Schmerzen habe, sehe ich ein, dass ich mich mit ihnen arrangieren muss.	6	5	4	3	2	1												
8. Wenn ich Schmerzen habe, sage ich mir „durch die Schmerzen lerne ich erst richtig, die schmerzfreien Zeiten zu genießen.“	6	5	4	3	2	1												
9. Wenn ich Schmerzen habe, bin ich mir sicher, dass ich es schaffen werde.	6	5	4	3	2	1												
10. Wenn ich Schmerzen habe, gebe ich nicht auf.	6	5	4	3	2	1												
11. Wenn ich Schmerzen habe, habe ich trotzdem das Gefühl, sie zu beherrschen.	6	5	4	3	2	1												
12. Wenn ich Schmerzen habe, klopfе ich mir innerlich auf die Schulter, weil ich mich nicht habe unterkriegen lassen.	6	5	4	3	2	1												

Teil B

	Stimmt voll- kommen				Stimmt überhaupt nicht	
13. Wenn ich Schmerzen habe, lenke ich mich durch das Hören schöner Musik ab.	6	5	4	3	2	1
14. Wenn ich Schmerzen habe, lese ich etwas Schönes/Spannendes.	6	5	4	3	2	1
15. Wenn ich Schmerzen habe, blättere ich in Illustrierten.	6	5	4	3	2	1
16. Wenn ich Schmerzen habe, schaue ich Fernsehen oder Video.	6	5	4	3	2	1
17. Wenn ich Schmerzen habe, wende ich eine Entspannungstechnik an (z.B. Autogenes Training, Muskelentspannungstraining).	6	5	4	3	2	1
18. Wenn ich Schmerzen habe, denke ich an entspannende Worte wie „Ruhe“.	6	5	4	3	2	1
19. Wenn ich Schmerzen habe, konzentriere ich mich auf einen ruhigen und gleichmäßigen Atem.	6	5	4	3	2	1
20. Wenn ich Schmerzen habe, wandele ich sie im Geiste in eine andere Empfindung um, z.B. angenehme Wärme oder angenehme Kühle.	6	5	4	3	2	1
21. Wenn ich Schmerzen habe, lenke ich mich durch Tätigkeiten in Haus oder Garten ab.	6	5	4	3	2	1
22. Wenn ich Schmerzen habe, überdecke ich sie, indem ich einfach mit meiner Arbeit weiter mache.	6	5	4	3	2	1
23. Wenn ich Schmerzen habe, stürze ich mich in die Arbeit.	6	5	4	3	2	1
24. Wenn ich Schmerzen habe, beteilige ich mich aktiv an geselligen Runden bzw. suche den Kontakt zu Menschen, um mich abzulenken.	6	5	4	3	2	1

Bitte überprüfen Sie nochmals, ob Sie alles beantwortet haben.

Korff- Index

1. An ungefähr wie vielen Tagen konnten sie in den letzten drei Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren üblichen Beschäftigungen (Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen?
_____ Tage

2. Wie würden Sie ihre Schmerzen, wie sie **in diesem Augenblick** sind, einstufen?

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine stärkster
Schmerzen vorstellbarer Schmerz

3. Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre **stärksten Schmerzen** einstufen?

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine stärkster
Schmerzen vorstellbarer Schmerz

4. Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie die **durchschnittliche Stärke** der Schmerzen einstufen?

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine stärkster
Schmerzen vorstellbarer Schmerz

5. 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 Ich war außerstande,
Beeinträchtigung irgendetwas zu tun

6. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmen in **Familien- und Freundeskreis** beeinträchtigt?

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine Ich war außerstande,
Beeinträchtigung irgendetwas zu tun

7. 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 Ich war außerstande,
Beeinträchtigung irgendetwas zu tun

Bitte bringen Sie bei Ihrer Anreise alle
wichtigen Befunde in Kopie mit mit.

Vielen Dank für Ihre Geduld und Ihre Sorgfalt.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

Dr. Martin Krumbek

Dr. Rolf Leiser