

Fragebogen zur Schmerzerfassung für die Praxis



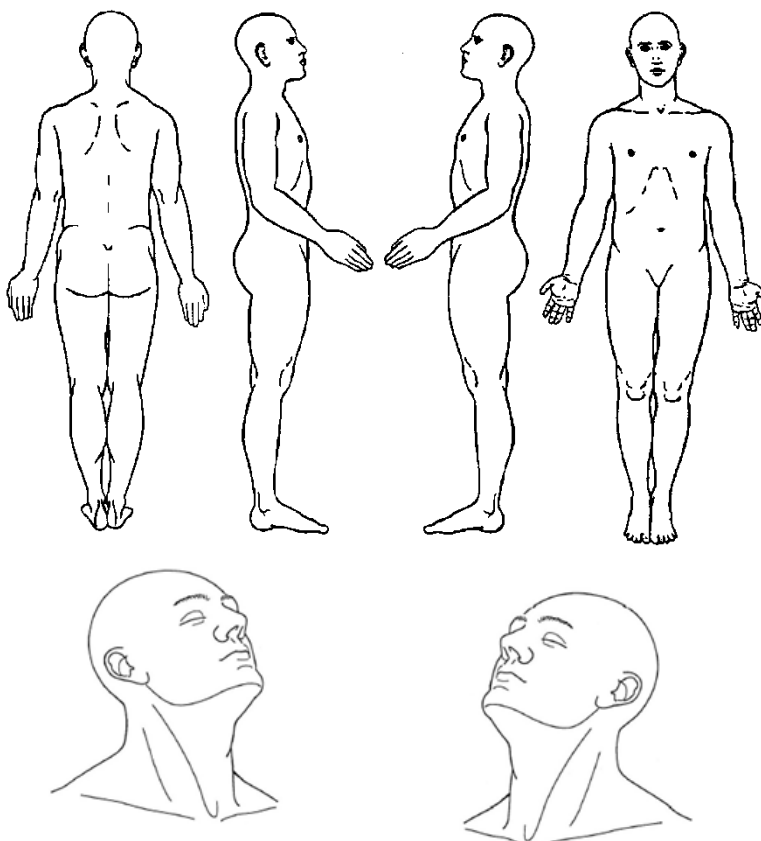
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Schmerz hat viele Formen und kann Sie unterschiedlich beeinträchtigen. Daher erfragen wir Ort, Stärke und Dauer Ihrer Beschwerden und damit verbundene Gedanken und Gefühle.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

1. Bitte malen Sie nachfolgenden Körperschema ein, **wo** Sie **überall** Schmerzen haben:
 - Ihren **Hauptschmerz** kennzeichnen Sie bitte mit senkrechten Strichen (|||||)
 - Ihren 2. Schmerz mit Querstrichen (≡)
 - Ihren 3. Schmerz sowie alle weiteren Schmerzarten mit Schrägstrichen (/////)



2. Bitte geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Hauptschmerzen an. Kreuzen Sie an, wie stark Sie Ihre Schmerzen unter Ihrer üblichen Medikation empfinden.

Ein Wert von 0 bedeutet dabei: Sie haben keine Schmerzen; ein Wert von 10 bedeutet: Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind.

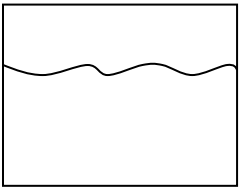
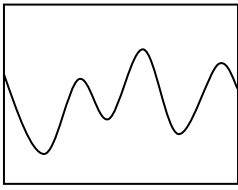
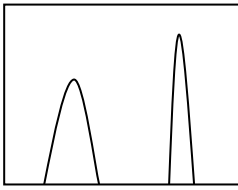
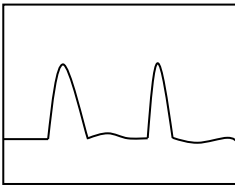
Bitte geben Sie in der folgenden Skala die geringste **und** die grösste Schmerzstärke an. (wenn der Schmerz immer gleich stark ist, machen Sie nur ein Kreuz)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
 kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

Geben Sie jetzt bitte Ihre **momentane** Schmerzstärke an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
 kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

3. Welche der Aussagen trifft auf Ihre Hauptschmerzen in den letzten 4 Wochen am besten zu? (Bitte nur **eine** Angabe machen! Machen Sie beim entsprechenden Bild ein Kreuz)

① 	② 	③ 	④ 
Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen	Dauerschmerzen mit starken Schwankungen	Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei	Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

4. Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?

- | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------------|
| ① weniger als 1 Monat | ② 1 Monat bis ½ Jahr | ③ ½ Jahr bis 1 Jahr |
| ④ 1 bis 2 Jahre | ⑤ 2 bis 5 Jahre | ⑥ mehr als 5 Jahre |

5. Wie stark sind Sie durch Ihre Schmerzen beeinträchtigt (z.B. bei der Arbeit, Hobbies, Beziehungen, Schlaf u.a.)

- [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine Beeinträchtigung stärkste vorstellbarer Beeinträchtigung

6. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlaufe der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	①	①	②	③
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	①	①	②	③
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	①	①	②	③
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	①	①	②	③

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| Überhaupt nicht erschwert | Etwas erschwert | Relativ stark erschwert | Sehr stark erschwert |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Möchten Sie Hilfe für diese Beschwerden in Anspruch nehmen? | | | |