

# Schmerzfragebogen für Eltern

## Erstkonsultation

Dieser Fragebogen basiert auf dem *Deutschen Schmerzfragebogen für Kinder und Jugendliche (DSF-KJ)* von *Schroeder et al. (2019)* mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. B. Zernikow, Deutsches Kinderschmerzzentrum, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln.

*Version Schweiz 06/2024, Arbeitsgruppe CH-Schmerzfragebögen der SIG Pediatric Pain (SPS)*

Liebe Eltern

Dieser Fragebogen soll uns helfen, einen Überblick über die Schmerzsituation Ihres Kindes zu gewinnen, um anschliessend eine passende Therapie vorzuschlagen. Alle Informationen, die wir aus diesem Fragebogen sowie im Gespräch erhalten, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und bleiben strikt vertraulich. Bitte beantworten Sie möglichst alle Fragen, auch jene, die Ihnen unwichtig erscheinen. Schmerzen sind ein so umfassendes Problem, dass auch scheinbar unwichtige Einzelheiten für uns Bedeutung haben können.

Vielen Dank im Voraus, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit nehmen! Wenn Sie uns den Fragebogen bereits vor der Konsultation zurückschicken, können wir uns vorbereiten und haben mehr Zeit während der Konsultation.

Wir bitten Sie im Rahmen der Behandlung in der Schmerzsprechstunde um die **Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht** für folgende Betreuungspersonen/Fachpersonen Ihres Kindes (bitte mit Angaben zu Namen, E-Mail und/oder Telefonnummer)

**Lehrperson:**

---

---

**Psychotherapie:**

---

---

**Physiotherapie** oder andere  
Körpertherapien:

---

---

**Andere:**

---

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift**

---

Freundliche Grüsse

Ihr Schmerzsprechstunden-Team

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

Name Kind: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:       weiblich       männlich       divers

Name Mutter: \_\_\_\_\_

E-Mail Mutter: \_\_\_\_\_

Mobile-Nr. Mutter: \_\_\_\_\_

Name Vater: \_\_\_\_\_

E-Mail Vater: \_\_\_\_\_

Mobile-Nr. Vater: \_\_\_\_\_



5. **Aktueller Beruf des Vaters:**

- 
- Vollzeit                       Teilzeit (in %): \_\_\_\_\_  nicht berufstätig

Besonderheiten (Beispiel: Schichtarbeit): \_\_\_\_\_

6. In welchem **Land** sind Sie **geboren**?

Mutter     Schweiz     in einem anderen Land – welches? \_\_\_\_\_

Vater      Schweiz     in einem anderen Land – welches? \_\_\_\_\_

**Informationen über die familiäre Situation**

7. Seit wann **lebt** Ihr Kind in der **Schweiz**?

- seit seiner Geburt             seit es \_\_\_\_\_ Jahre alt ist

8. Welche **Sprachen** werden bei Ihnen zuhause gesprochen?

- CH-Deutsch                       andere Sprachen - welche? \_\_\_\_\_

9. Wie ist der **Beziehungsstatus** der Eltern?

- leben zusammen                       sind getrennt/geschieden seit:  
 haben nie zusammen gelebt             andere:

10. **Bei wem lebt** Ihr Kind hauptsächlich?

- leibliche Eltern  
 leibliche Mutter                       leiblicher Vater  
 leibliche Mutter mit Partner             leiblicher Vater mit Partnerin  
 Adoptiveltern                       Pflegeeltern  
 Grosseltern oder Verwandte             andere:

11. Wer hat das **Sorgerecht**?

beide Eltern

Mutter

Vater

andere Bezugsperson:

\_\_\_\_\_

12. Nennen Sie alle **Geschwister** des Kindes:

Name Geschwister

Geburtsdatum

Name Geschwister	Geburtsdatum

### Informationen über die Schule

13. Welche **Schule** besucht Ihr Kind?

Kindergarten

Primarschule

Sekundarschule/Orientierungsschule

Gymnasium

Berufsschule/Lehre

Heilpädagogische Schule

andere:

\_\_\_\_\_

noch keine

14. Welche Schulklasse?

\_\_\_\_\_

## Allgemeine medizinische Informationen

15. Bitte nennen Sie alle dauerhaften oder belastenden **gesundheitlichen Probleme** (psychisch und körperlich), die Ihr Kind früher hatte oder jetzt hat.

Aktuell:

---

---

---

---

Früher:

---

---

---

16. Wurde Ihr Kind jemals **stationär im Spital** behandelt?

- Ja                       Nein

Falls ja, tragen Sie bitte die folgenden Informationen ein:

Wann?	Warum?
<i>Beispiel: 13.-15.7.2017</i>	<i>Abklärungen wegen Bauchschmerzen</i>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

17. Gibt es bei Familienmitgliedern oder wichtigen Bezugspersonen **schwere oder chronische Krankheiten oder Schmerzen**?

- Ja                       Nein

Falls ja, tragen Sie bitte die folgenden Informationen ein:

Wer?	(seit) Wann?	Art der Erkrankung oder des Schmerzproblems	Ausgang der Erkrankung?
<i>Beispiel: Bruder</i>	<i>seit 2012</i>	<i>Rheuma, Gelenke</i>	<i>hat er immer noch</i>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

18. Gibt es zurzeit **schwere Belastungen** in Ihrer Familie oder im Leben Ihres Kindes?

- Ja                       Nein

Falls ja, benennen Sie diese bitte (zum Beispiel: Scheidung, Trennung, finanzielle Belastung, Krankheit, Hänseleien, Verlust eines Freundes):

---

---

---

---

19. Leidet Ihr Kind unter **Schlafproblemen**?

- Ja                       Nein

Falls ja, seit wann? Etwa seit: \_\_\_\_\_

Falls ja, welcher Art sind die Schlafprobleme:

- Probleme beim Einschlafen
- Probleme beim Durchschlafen
- Alpträume
- Andere Probleme, nämlich: \_\_\_\_\_

## Bisherige Untersuchungen und Behandlungen

20. Welche **Schmerzmedikamente** hat Ihr Kind in den **letzten 3 Monaten** eingenommen?

Medikament	Dosis und Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen)	Wie oft?	Weshalb? Wie lange?	Wie wirksam? *
<i>Beispiel: Ben-u-ron</i>	<i>500mg Tablette</i>	<i>nach Bedarf</i>	<i>Gegen Schmerzen seit 8 Wochen</i>	<i>1</i>

---

---

---

---

\* 0 = nicht wirksam; 1 = wenig wirksam; 2 = gut wirksam



21. Hat ihr Kind **früher Medikamente** eingenommen?

- Ja  Nein

Falls ja, tragen Sie bitte die folgenden Informationen ein:

Medikament	Dosis und Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen)	Wie oft?	Weshalb? Wie lange?	Wie wirksam? *

\* 0 = nicht wirksam; 1 = wenig wirksam; 2 = gut wirksam

22. Wurden bisher **Untersuchungen** zur Klärung der Schmerzursache durchgeführt?

- Ja  Nein

Falls ja, tragen Sie bitte die folgenden Informationen ein:

Untersuchung	Zeitpunkt	Von wem durchgeführt?
<i>Beispiel: MRI Schädel</i>	<i>Januar 2017</i>	<i>Kinderspital XY, Dr. Müller</i>

23. Wurde für die aktuellen Schmerzen bereits eine **Diagnose** gestellt?

- Ja  Nein

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

24. Wurden in der Vergangenheit **Behandlungen gegen die Schmerzen** durchgeführt?  
 (Zum Beispiel: Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Akupunktur, Massagen, Psychotherapie, Operationen)

- Ja                       Nein

Falls ja, bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

Zeitraum	Behandlung	Wie wirksam?
<i>Beispiel: Februar-August 2017</i>	<i>Physiotherapie, Frau Meier</i>	<i>1</i>

\* 0 = nicht wirksam; 1 = wenig wirksam; 2 = gut wirksam

25. Welche **Therapie** führt ihr Kind **aktuell** durch und wie häufig?

---

26. **Von wem** wurde Ihr Kind wegen seiner Schmerzen bisher **untersucht oder behandelt**?

- Kinderarzt/-ärztin                       Hausarzt/-ärztin                       Neurologe/Neurologin  
 Orthopäde/Orthopädin                       Chirurg/-in                       Psychologe/Psychologin  
 Heilpraktiker/Naturärztin                       Physiotherapeut/-in                       Psychiater/-in  
 Osteopath/-in                       Schmerztherapeut/-in  
 Andere: \_\_\_\_\_

27. Wie viele Ärzte/Ärztinnen oder Therapeut/-innen haben Sie wegen der Schmerzen Ihres Kindes bisher aufgesucht?

ca. \_\_\_\_\_ Ärzte/Ärztinnen oder Therapeut/-innen

## Die Schmerzgeschichte Ihres Kindes und die aktuelle Situation

28. Wann haben die **aktuellen Schmerzen** ihres Kindes begonnen? \_\_\_\_\_

29. Welche zusätzlichen **Beschwerden** hat ihr Kind **zu Beginn** der Schmerzen gehabt?

\_\_\_\_\_

30. Haben die Schmerzen seit Beginn in ihrer Stärke geschwankt?

- Ja                       Nein

Falls ja, beschreiben Sie bitte (z.B. stetig zunehmend, abnehmend, ständig wechselnd, von Mai bis Juli 2019 ganz schmerzfrei, ...):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

31. Traten **zu Beginn** der Schmerzen besondere **Ereignisse/Veränderungen** in Ihrem oder im Leben Ihres Kindes auf?

- Ja                       Nein

Falls ja, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

32. Wie nennen Sie die **Schmerzen** Ihres Kindes (zum Beispiel: Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, Bauchweh, oder anders)? Bitte geben Sie die Schmerzen in der Reihenfolge der Stärke an.

Schmerzproblem Nr. 1: \_\_\_\_\_

Schmerzproblem Nr. 2: \_\_\_\_\_

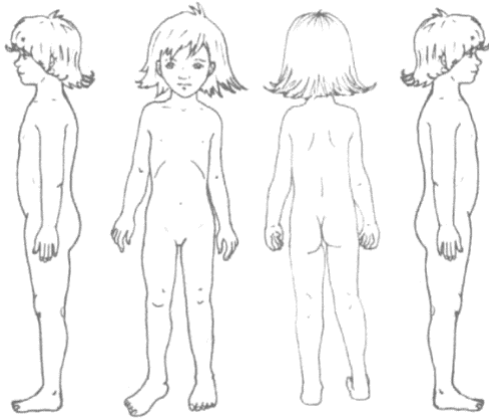
Schmerzproblem Nr. 3: \_\_\_\_\_

Weitere Schmerzprobleme: \_\_\_\_\_

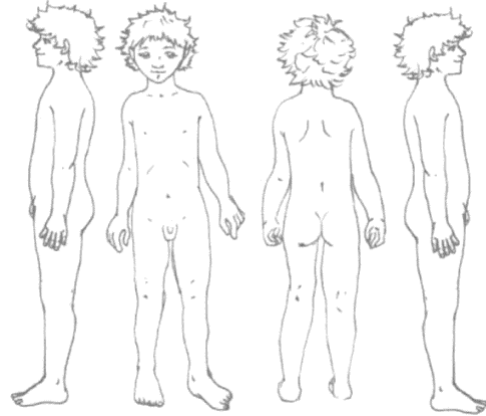
33. Bitte kreuzen („X“) Sie die Stellen an, an denen Ihr Kind Schmerzen hat.

Bitte zeichnen Sie zusätzlich einen Kreis (○) an die Stelle, an der Ihr Kind die **Hauptschmerzen** hat.

Mädchen:



Jungen:



34. Wann hat ihr Kind am **meisten Schmerzen**? (mehrere Antworten möglich)

- Morgen                       Mittag                       Nachmittag                       Abend
- Nacht

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

35. An welchen **Wochentagen** hat ihr Kind am **meisten Schmerzen**? (mehrere Antworten möglich)

- Montag                       Dienstag                       Mittwoch                       Donnerstag
- Freitag                       Samstag                       Sonntag                       immer

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

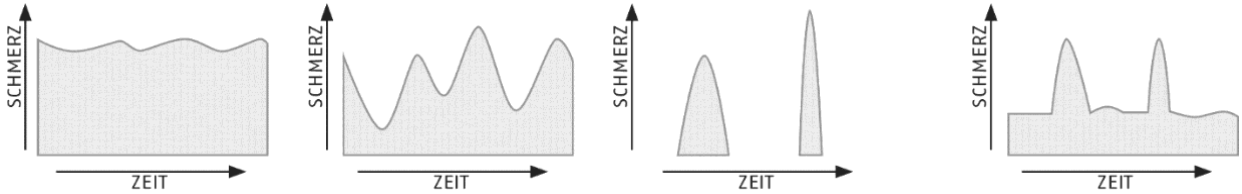
36. **Wie häufig** treten die Hauptschmerzen bei Ihrem Kind auf?

- einmal pro Jahr                       mehrmals pro Jahr
- einmal pro Monat                       mehrmals pro Monat
- einmal pro Woche                       mehrmals pro Woche
- einmal täglich                       mehrmals täglich
- dauernd seit: \_\_\_\_\_

37. **Wie lange** dauern die Hauptschmerzen Ihres Kindes **meistens** an?

- Minuten, nämlich etwa \_\_\_\_\_ Minuten       Stunden, nämlich etwa \_\_\_\_\_ Stunden  
 Tage, nämlich etwa \_\_\_\_\_ Tage       Dauernd

38. Welches Bild passt am besten zu den Hauptschmerzen Ihres Kindes in den **letzten 7 Tagen**?



- Mein Kind hat dauernd Schmerzen. Die Stärke der Schmerzen schwankt nur wenig.  
 Mein Kind hat dauernd Schmerzen. Die Stärke der Schmerzen schwankt sehr stark.  
 Die Schmerzen meines Kindes kommen immer wieder, d.h. sie treten phasenweise oder in Attacken auf. Es gibt auch Zeiten ohne Schmerzen.  
 Mein Kind hat dauernd Schmerzen. Zwischendurch treten auch zusätzliche, stärkere Schmerzattacken auf.

39. Gehen die Schmerzen Ihres Kindes **mit Begleiterscheinungen** einher (Mehrfachnennungen möglich)?

- keine Begleiterscheinungen  
 Übelkeit       Erbrechen       Lichtempfindlichkeit  
 Geräuschempfindlichkeit       Sehstörungen       Schwindel  
 Schwellung       Rötung       Schwäche  
 schnelle Atmung       Müdigkeit       Angespanntheit  
 Schlafstörungen       Schwitzen       Verstopfung  
 Konzentrationsstörungen       Überempfindlichkeit der Haut  
 Andere: \_\_\_\_\_

40. Merken Sie, wenn sich Schmerzen bei Ihrem Kind **ankündigen**?

- Ja       Nein

Falls ja, **welche Zeichen** weisen aufkommende Schmerzen hin (zum Beispiel: Steifheit, bestimmte Änderungen in Stimmung oder Verhalten, körperliche Empfindungen oder bestimmte Aussagen)?

---



---



---

41. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftswörtern können Sie die **Schmerzen** Ihres Kindes genauer **beschreiben**. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

Die Schmerzen meines Kindes sind meiner Meinung nach...

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
brennend	<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"/>
stechend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hämmernd	<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"/>
pulsierend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

42. Wo liegen die **Ursachen** der Hauptschmerzen Ihres Kindes Ihrer Meinung nach?

---

---

43. Wenn es um Ihre Tochter geht:

Hat die Regelblutung bei Ihrer Tochter bereits eingesetzt?

- Ja                       Nein

Falls ja, wann:

---

44. Treten die Schmerzen in direktem Zusammenhang zur Regelblutung auf?

- Ja                       Nein

### **Faktoren, die den Schmerz beeinflussen**

45. Gibt es **Auslöser** für die Hauptschmerzen bei Ihrem Kind?

- Ja                       Nein

Falls ja, **welche?** (zum Beispiel: Schlafmangel, Aufregung, Kälte, körperliche Anstrengung, Wetterwechsel, Licht, Lärm, Computerspiele, Fernsehen, Hektik, Schulprobleme, Wochenende, Ferien, ...)?

---

---

---

46. Was **lindert**, was **verschlimmert** die Hauptschmerzen Ihres Kindes?

Situation	Lindernd	Keinen Einfluss	Verstärkend
Körperliche Aktivitäten (Rennen, Fahrrad fahren, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Belastung (Prüfungen, Streit, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ungünstige Körperhaltung (krummes Sitzen, langes Stehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufiger Lagewechsel, Herumgehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich ausruhen, Hinlegen, Ruhighalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Situationen: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. Die Schmerzen meines Kindes sind durch nichts zu beeinflussen

- stimmt  stimmt nicht

48. Werden die Schmerzen Ihres Kindes schlimmer, wenn es...

	Ja	nein		Ja	nein
müde ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ärgerlich ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angespannt ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beschäftigt ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gelangweilt ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	einsam ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
glücklich ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	streitsam ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unglücklich ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	aufgeregt ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Umgang mit dem Schmerz und Ihre Erwartungen

---

49. **Was macht Ihr Kind**, wenn es Schmerzen hat? Bitte erläutern Sie:

---

---

50. **Wie reagieren Sie**, wenn Ihr Kind Schmerzen hat? Bitte erläutern Sie:

---

---

51. Wie würde sich **das Leben Ihres Kindes ändern**, wenn das aktuelle Schmerzproblem plötzlich verschwände?

---

---

52. Wie würde sich Ihr **Familienleben** verändern?

---

---

### Allgemeine und körperliche Beeinträchtigungen durch die Schmerzen

53. Welche der folgenden **Tätigkeiten** Ihres Kindes wurden in den letzten 4 Wochen **durch die Schmerzen behindert**?

	Niemals	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Familienleben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen / Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freunde treffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fernsehen / Computer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausaufgaben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulbesuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lieblingsbeschäftigung, nämlich:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>					
Ungeliebte Beschäftigung, nämlich:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>					

Gibt es noch andere Situationen, bei denen die Schmerzen Ihr Kind beeinträchtigen oder Dinge, die es deswegen nicht (mehr) tun kann?

---

---





## Einverständniserklärung

Um die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen fortlaufend zu verbessern, evaluieren wir unsere Sprechstunde. Wir benötigen dafür die Angaben von Ihnen und Ihrem Kind. Diese Angaben werden anonymisiert verarbeitet, d.h. sie können keiner bestimmten Person zugeordnet werden.

Wir bitten Sie hiermit um Ihr Einverständnis zur Speicherung der Daten Ihres Kindes und von Ihnen. Dieses Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Falls Sie kein Einverständnis erteilen möchten bzw. zu irgendeinem Zeitpunkt Ihr Einverständnis widerrufen, entsteht selbstverständlich kein Nachteil bei der Behandlung Ihres Kindes.

Für die Verwendung der Daten in konkreten Projekten sind wir gemäss den kantonalen Vorgaben verpflichtet, Sie vorgängig nochmals um Ihr Einverständnis anzufragen.

Ich bin mit dem Speichern und anonymen Verwenden der in den Fragebögen erhobenen Daten meines Kindes und von mir einverstanden.

- Ja
- Nein

Ort und Datum:

---

Unterschrift der Eltern

---