

Schmerzfragebogen für Jugendliche

Erstkonsultation

Datum: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Mobile-Nr.: _____

Hallo

Dieser Fragebogen soll uns helfen, einen Überblick über Deine Schmerzen zu gewinnen. Wir brauchen ihn, um das Erstgespräch optimal vorzubereiten. Je mehr Informationen wir schon vor dem ersten Termin haben, desto mehr Zeit bleibt für das persönliche Gespräch.

Manche Fragen werden Dir unwichtig vorkommen und scheinen mit Deinen Schmerzen nichts zu tun zu haben. Schmerzen sind jedoch so komplex, dass auch scheinbar unwichtige Kleinigkeiten für uns Bedeutung haben können.

Wenn Du etwas nicht weisst, ist das kein Problem. Du darfst auch einmal eine Lücke lassen und wir schauen es dann im Gespräch gemeinsam an.

Bitte fülle diesen Fragebogen allein aus. Deine eigene Meinung zu Deinen Schmerzen ist uns wichtig. Deine Eltern füllen einen eigenen Fragebogen aus. Alle Informationen, die wir aus diesem Fragebogen und durch das Gespräch mit Dir erhalten, bleiben vertraulich.

Wir danken Dir herzlich für das Ausfüllen des Fragebogens und freuen uns, Dich persönlich kennenzulernen!

Dein Schmerzteam

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 Kinderschmerzszentrum, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln.

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

Informationen über deinen Schmerz

1. Wann haben Deine **aktuellen Schmerzen** begonnen?

2. Als die Schmerzen begonnen haben, ist in dieser Zeit oder kurz vorher **etwas Besonderes** in Deinem Leben **passiert**?

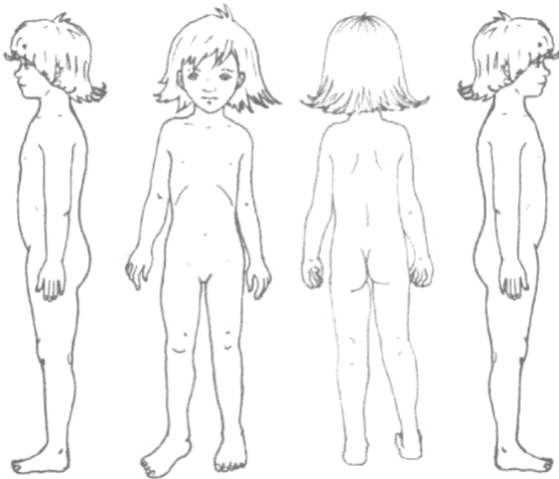
Ja Nein

Wenn ja, was?

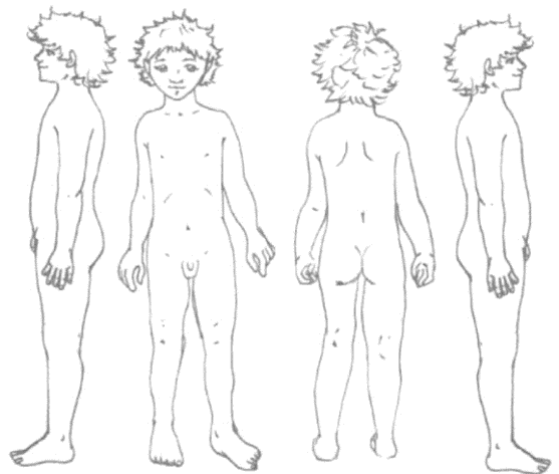
3. Wie sind Deine **Schmerzen jetzt**?

- Bitte kreuze (x) die Stellen an, an denen Du Schmerzen hast.
- Bitte zeichne zusätzlich einen Kreis (O) an die Stelle, an der Deine Hauptschmerzen sind.

Mädchen:



Jungen:



4. **Zu welcher Zeit** hast Du am meisten Schmerzen? (mehrere Antworten möglich)

- Morgen Mittag Nachmittag Abend
- Nacht dauernd

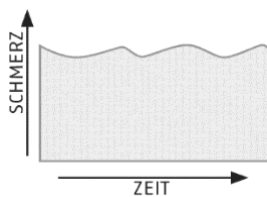
5. An welchen **Wochentagen** hast Du am **meisten Schmerzen**? (mehrere Antworten möglich)

- Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag
- Freitag Samstag Sonntag immer

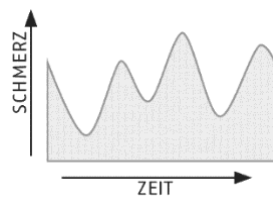
6. **Wie häufig** hast du deine Hauptschmerzen? (die mit dem Kreis O)

- einmal pro Jahr mehrmals pro Jahr
- einmal pro Monat mehrmals pro Monat
- einmal pro Woche mehrmals pro Woche
- einmal täglich mehrmals täglich
- dauernd seit: _____

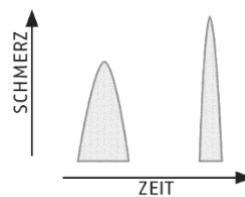
7. Welches Bild passt am besten zu Deinem Hauptschmerz in den **letzten 7 Tagen**?



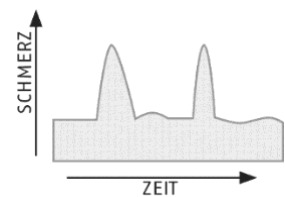
- Meine Schmerzen sind dauernd da und nie weg. Die Stärke der Schmerzen ist immer ziemlich gleich und schwankt nur wenig.



- Meine Schmerzen sind dauernd da und nie weg. Die Stärke meiner Schmerzen ist sehr unterschiedlich und schwankt sehr stark.



- Meine Schmerzen sind manchmal da und manchmal weg. Zwischendurch habe ich auch Zeiten, in denen ich keine Schmerzen habe.



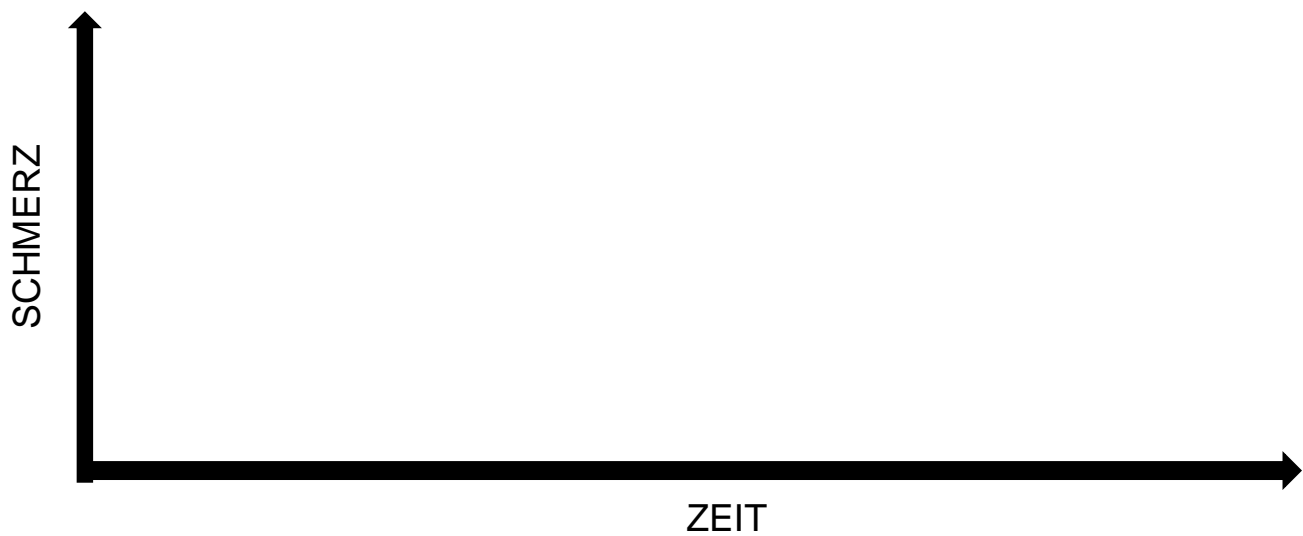
- Meine Schmerzen sind dauernd da und nie weg. Zwischendurch habe ich sehr starke Schmerzen, die wie zusätzliche Attacken auftreten.

8. Haben die Schmerzen seit Beginn in ihrer **Stärke geschwankt**?

Ja

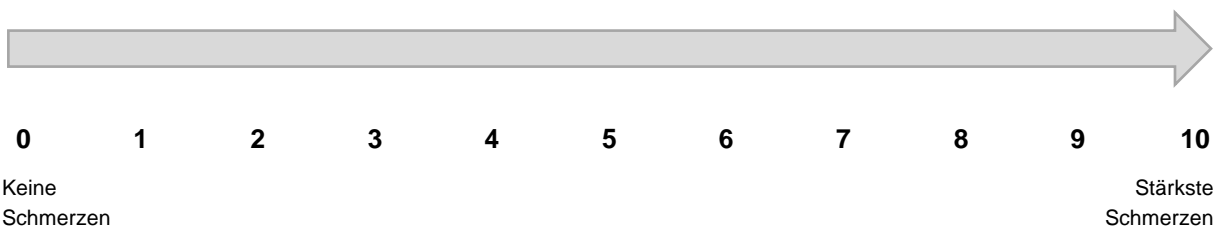
Nein

Falls ja, wie haben sich die **Schmerzen über die Zeit** verhalten? Bitte notiere den Verlauf in die Grafik unten inklusive wichtige Ereignisse (z. B. Unfall, Operation, Beginn Ausbildung).



9. Zwischen welchen Werten lagen die Schmerzen **in den letzten 4 Wochen**?

Bitte zeichne den Bereich zwischen dem Minimum und dem Maximum ein (z. B. zwischen 3 und 8).



10. Wenn Du Schmerzen hast, hast Du dann noch **andere Beschwerden**?

- Ja Nein

Wenn ich Schmerzen habe,

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> ist mir übel | <input type="radio"/> muss ich erbrechen |
| <input type="radio"/> stört mich helles Licht | <input type="radio"/> flimmert es mir vor den Augen |
| <input type="radio"/> stören mich laute Geräusche | <input type="radio"/> ist mir schwindlig |
| <input type="radio"/> wird die Haut ganz rot oder weiss | <input type="radio"/> wird die Stelle, wo es weh tut, dick |
| <input type="radio"/> bin ich ganz müde oder fertig | <input type="radio"/> muss ich oft zur Toilette |
| <input type="radio"/> habe ich ein komisches Gefühl in den Händen | <input type="radio"/> föhl ich mich komisch |
| <input type="radio"/> kann ich mich schlecht konzentrieren | <input type="radio"/> riechen/schmecken Dinge anders als sonst |
| <input type="radio"/> oder was noch? | |
-

11. **Wie empfindest Du** Deine Schmerzen?

Ich empfinde meine Schmerzen als...

	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"/>

12. Was **lindert** Deine Schmerzen, was macht sie schlimmer?

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"/>

13. Werden Deine Schmerzen **schlimmer**, wenn Du.....

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

Oder was noch? _____

14. Gibt es bestimmte Dinge oder Ereignisse, die Deine **Schmerzen auslösen**? Falls ja, was?

15. **Was tust Du**, wenn Du Schmerzen hast?

16. **Was tun Deine Eltern**, wenn Du Schmerzen hast?

17. Was denkst Du, könnten die **Ursachen Deiner Schmerzen** sein?

Auswirkungen des Schmerzes

18. Wenn Du Schmerzen hast, **wie oft störten sie** Dich in den letzten vier Wochen bei folgenden Beschäftigungen? Umkreise bitte die Zahl, die Deiner Meinung nach am besten passt.

	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"/>
Ungeliebte Beschäftigung, nämlich: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gibt es noch etwas anderes, was Du aufgrund der Schmerzen **gar nicht mehr machen kannst** oder nur unter sehr erschwerten Bedingungen?

19. Was würde sich ändern, wenn Du plötzlich **keine Schmerzen mehr hättest**?

20. Gibt es noch **andere wichtige Dinge**, die Du uns über Deine Schmerzen mitteilen möchtest oder die Dir wichtig erscheinen? Hier kannst Du sie aufschreiben:

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Einverständniserklärung

Um die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen zu verbessern, werten wir unsere Sprechstunde aus. Wir benötigen dafür die Angaben von Dir und Deinen Eltern. Diese Angaben werden anonym verarbeitet, d.h. sie können keiner bestimmten Person zugeordnet werden.

Wir bitten Dich hiermit um Dein Einverständnis zur Speicherung Deiner Angaben. Dieses Einverständnis kannst Du jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Für die Verwendung der Daten in konkreten Projekten werden wir Dich vorgängig nochmals um Dein Einverständnis anfragen.

Ich bin mit dem Speichern und anonymen Verwenden der im Fragebogen erhobenen Daten einverstanden

- Ja
- Nein

Ort und Datum:

Unterschrift Jugendliche(r)
