

**Name:** **Pat.-ID:** eingegeben

**Geb.-Datum:** **Datum:** **VAS:** gesichtet

Gemeinschaftspraxis für Anästhesie u. spezielle Schmerztherapie., Pappelallee 1, 17489 Greifswald, Tel.: 03834-872623

Bitte geben Sie ihr Alter an.

\_\_\_\_\_ Jahre

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

männlich

weiblich

Bitte geben Sie Ihre Größe an.

\_\_\_\_\_ cm

Bitte geben Sie Ihr Gewicht an.

\_\_\_\_\_ kg

Bitte geben Sie Ihre Krankenkasse an.

Privat

Gesetzlich

Keine Angabe

Bitte geben Sie Ihren Beruf an.

Angestellter

Rentner

Schüler/Student/Auszubildender

Beamter

Selbstständig

Arbeiter

Häusliche Tätigkeiten

Umschüler

Arbeitslos

Keine Angaben

Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt?

Lebe alleine

Kinder

Andere

Ehepartner/Partner

(Schwieger-) Eltern

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

Kein Abschluss

Mittlere Reife

Abitur

Universität

Keine Angabe

Hauptschule

Fachhochschulreife

Fachhochschule

Postgraduiert (Dr.)

**Ich bin damit einverstanden, dass meine Antworten ANONYM, d.h. OHNE Bezug auf meine Person für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden dürfen.**

Ja  Nein

Seit wann sind Sie insgesamt aufgrund der momentanen Schmerzen in ärztlicher Behandlung?

..... Jahr

Jan  Feb  März  Apr  Mai  Jun  
 Jul  Aug  Sep  Okt  Nov  Dez

Waren Sie aufgrund Ihrer Schmerzen in den letzten 3 Monaten arbeitsunfähig bzw. krankgeschrieben?

Ja \_\_\_\_\_ (Wie viele Tage?)  Nein

die ganze Zeit

Glauben Sie, dass Sie wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können?

Ja  Nein

Wie hat sich Ihre Schmerzerkrankung seit Beginn der Behandlung geändert?

- Stark gebessert
- Wenig gebessert
- Unverändert
- Etwas schlechter
- Viel schlechter
- Die Schmerzerkrankung wurde noch nicht in dieser Praxis/Klinik behandelt.

Seit der letzten Behandlung ist mein allgemeiner Zustand:

- Sehr viel besser  viel besser
- Ein wenig besser  Unverändert
- Ein wenig schlechter  viel schlechter
- Sehr viel schlechter  Noch keine Behandlung

Bitte geben Sie an, **welche** weiteren Ärzte oder Therapeuten Sie wegen Ihrer **Schmerzen wie oft** in den **letzten 3 Monaten** aufgesucht haben.

- Ambulanz im Krankenhaus Wie oft: \_\_\_\_\_
- Chirurg Wie oft: \_\_\_\_\_
- Diabetologe Wie oft: \_\_\_\_\_
- Hausarzt Wie oft: \_\_\_\_\_
- Heilpraktiker Wie oft: \_\_\_\_\_
- Internist Wie oft: \_\_\_\_\_
- Krankengymnast Wie oft: \_\_\_\_\_
- Neurochirurg Wie oft: \_\_\_\_\_
- Neurologe Wie oft: \_\_\_\_\_
- Onkologe Wie oft: \_\_\_\_\_
- Orthopäde Wie oft: \_\_\_\_\_
- Psychiater Wie oft: \_\_\_\_\_
- Psychotherapeut Wie oft: \_\_\_\_\_
- Rheumatologe Wie oft: \_\_\_\_\_
- Schmerztherapeut Wie oft: \_\_\_\_\_
- Anderer Wie oft: \_\_\_\_\_
- Stationär im Krankenhaus Wie viele Tage: \_\_\_\_\_
- Keinen

Wurden Sie schon einmal operiert?

- Ja  Nein

Wie oft wurden Sie operiert? \_\_\_\_\_ Anzahl

Wann wurde die erste OP durchgeführt? \_\_\_\_\_ Jahr  Weiß nicht

Wann wurde die letzte OP durchgeführt? \_\_\_\_\_ Jahr  Weiß nicht

Wurden Sie aufgrund Ihrer Schmerzen operiert?

- Ja  Nein

Wie oft wurden Sie aufgrund Ihrer Schmerzen operiert? \_\_\_\_\_ Anzahl

Nehmen Sie zurzeit Schmerzmittel?

- Ja  Nein

Seit wann nehmen Sie gegen Ihre Beschwerden Schmerzmittel?

- seit Tagen  seit Wochen  seit Monaten  seit Jahren

Bitte geben Sie an, von wem Sie in der Regel Ihre Schmerzmittel verordnet bekommen:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetologe                 | <input type="checkbox"/> Hausarzt         |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker               | <input type="checkbox"/> Internist        |
| <input type="checkbox"/> Neurologe                   | <input type="checkbox"/> Onkologe         |
| <input type="checkbox"/> Rheumatologe                | <input type="checkbox"/> Psychotherapeut  |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde                   | <input type="checkbox"/> Schmerztherapeut |
| <input type="checkbox"/> Selbstmedikation (Apotheke) | <input type="checkbox"/> Anderer          |
| <input type="checkbox"/> Keine Schmerzmittel         |   |

Wegen meiner Schmerzen...

- ...werde ich keinen Rentenantrag stellen.  
 ...beabsichtige ich einen Rentenantrag zu stellen.  
 ...habe ich bereits einen Rentenantrag gestellt.  
 ...beziehe ich eine Rente.  
 Keine der Aussagen trifft zu

Berentung welcher Art:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vorgezogenes Altersruhegeld | <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit          |
| <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeit          | <input type="checkbox"/> Erreichen der Altersgrenze |
| <input type="checkbox"/> Teilweise Erwerbsminderung  | <input type="checkbox"/> Volle Erwerbsminderung     |
| <input type="checkbox"/> Unfallrente                 | <input type="checkbox"/> Witwen- oder Waisenrente   |
| <input type="checkbox"/> Weiß nicht                  |   |

Beziehen Sie Ihre Rente:

- Auf Zeit  Endgültig  Weiß nicht

Seit wann: \_\_\_\_\_ **Monat** \_\_\_\_\_ **Jahr**  Weiß nicht

Haben Sie einen anerkannten Grad der Behinderung (GdB)?

Ja:                      Wie hoch ist der Grad? \_\_\_\_\_

Ist eine Höherstufung beantragt?

Ja                       Nein

Nein:

Ist ein GdB beantragt?  Ja     Nein

Hatten Sie wegen Ihrer Schmerzen schon einmal einen Kur- oder Krankenhausaufenthalt?

Ja                       Nein

Wie oft?

1mal    2mal    3mal    4mal    Häufiger

Können Sie die Intensität Ihrer Schmerzen beeinflussen?

Ja                       Nein                       Weiß nicht

Wie oft treten Ihre Schmerzen auf?

Täglich     Wöchentlich     Gelegentlich     Einmalig     Weiß nicht

Wann treten Ihre Schmerzen auf?

morgens    mittags    nachmittags    abends    nachts    Weiß nicht

Auf welche Ursache führen Sie Ihre Schmerzen zurück?

- Verletzung (z.B. Unfall, Operation)
- Begleiterkrankung (Diabetes, Rheuma)
- Seelisches Trauma (Trauer, Trennung)
- Sonstiges
- Weiß nicht

Leiden Sie unter Schmerzattacken?

Ja     Nein

Wie oft treten diese Attacken durchschnittlich auf?

- Mehrfach täglich
- Einmal täglich
- Mehrfach wöchentlich
- Einmal wöchentlich
- Mehrfach monatlich
- Einmal monatlich
- Seltener als einmal pro Monat

Wie lange dauern Ihre Schmerzattacken?

- Sekunden
- Minuten                      Minuten: \_\_\_\_\_  Weiß nicht
- Stunden                      Stunden: \_\_\_\_\_  Weiß nicht
- Bis zu 3 Tagen
- Länger als 3 Tage
- Weiß nicht

Wie häufig treten Ihre Hauptschmerzen zurzeit auf?

- Ich bin überwiegend schmerzfrei
- Habe Schmerzen an weniger als 15 Tagen im Monat
- Schmerzen an mehr als 15 Tagen im Monat
- Meine Schmerzen sind täglich vorhanden

Haben Sie attacken- oder anfallsartige Schmerzen?

- Ja  Nein

Wie viele Attacken/Schmerzspitzen hatten Sie gestern? Anzahl: \_\_\_\_\_

Wie gut können Sie Ihre Schmerzen ertragen?

- Entfällt, ich habe keine Schmerzen
- Ich kann meine Schmerzen recht gut ertragen
- Ich kann meine Schmerzen nicht gut ertragen
- Ich kann meine Schmerzen sehr schlecht ertragen

Wie stark sind Sie durch Ihre Schmerzen bei Ihren täglichen Aktivitäten beeinträchtigt, z.B. im Beruf, bei der Hausarbeit, in der Freizeit?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

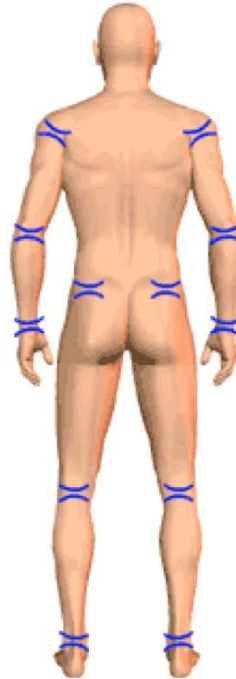
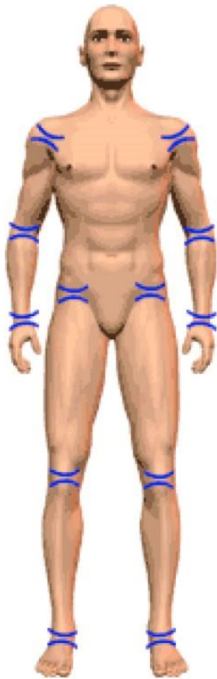
Keine  
Beeinträchtigung

Maximale  
Beeinträchtigung

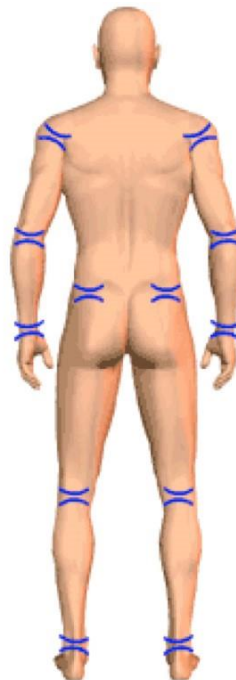
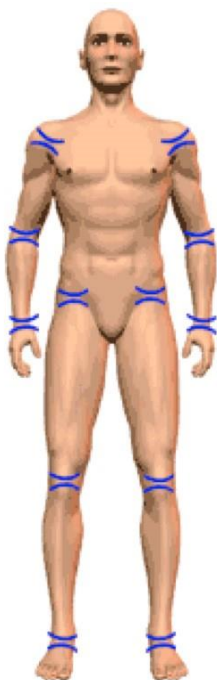
Haben Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen gehabt?

Ja  Nein

Bitte geben Sie Ihren **Haupt**schmerzbereich an.



In welche Körperregionen **strahlt** Ihr Schmerz **aus**?



Welches Bild beschreibt Ihren Schmerzverlauf am besten?

Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



Dauerschmerzen mit Schmerzattacken



Schmerzattacken dazwischen schmerzfrei



Schmerzattacken dazwischen Schmerzen



Leiden Sie in den eingezeichneten Bereichen unter einem Brenngefühl (z.B. Brennnesseln)?

Sehr stark  Stark  Mittel  Gering  Kaum  Nie

Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen ein Kribbel- oder Prickelgefühl (wie Ameisenlaufen, Stromkribbeln)?

Sehr stark  Stark  Mittel  Gering  Kaum  Nie

Ist leichte Berührung (Kleidung, Bettdecke) in diesem Bereich schmerzhaft?

Sehr stark  Stark  Mittel  Gering  Kaum  Nie

Löste ein leichter Druck z.B. mit dem Finger in diesem Bereich Schmerzen aus?

Sehr stark  Stark  Mittel  Gering  Kaum  Nie

Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen blitzartig, elektrisierende Schmerzattacken?

Sehr stark  Stark  Mittel  Gering  Kaum  Nie

Ist Kälte oder Wärme (Badewannenwasser) in diesem Bereich gelegentlich schmerzhaft?

Sehr stark  Stark  Mittel  Gering  Kaum  Nie

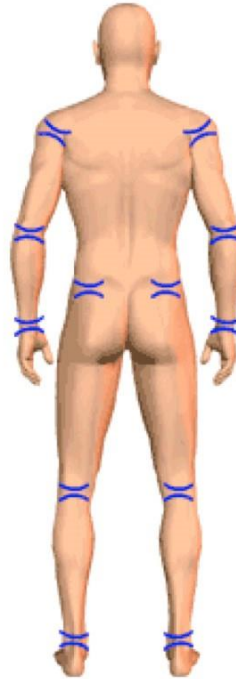
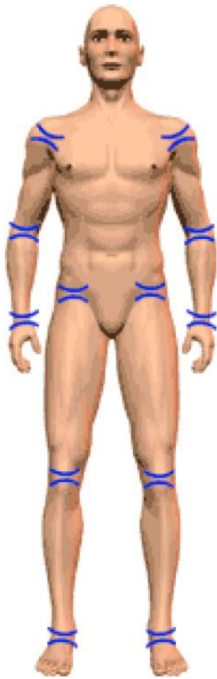
Leiden Sie in den von Ihnen eingezeichneten Bereichen unter Taubheitsgefühl?

Sehr stark  Stark  Mittel  Gering  Kaum  Nie

Haben Sie **außerdem noch regelmäßig** Schmerzen?

Ja  Nein

Bitte geben Sie die entsprechenden Körperregionen an.





1 Wie lange haben Sie in den vergangenen 4 Wochen normalerweise gebraucht, um einzuschlafen?

- 0-15 Minuten
- 16-30 Minuten
- 31-45 Minuten
- 46-60 Minuten
- mehr als 60 Minuten

2 Wie viele Stunden haben Sie in den vergangenen 4 Wochen durchschnittlich jede Nacht geschlafen?

\_\_\_\_\_ Stunden

3.-12. Wie oft in den vergangenen 4 Wochen...

3 ...hatten Sie einen unruhigen Schlaf (unruhige Bewegungen, Anspannung, Sprechen, usw. im Schlaf)?

- Immer     Meistens     Ziemlich oft     Manchmal
- Selten     Nie     Weiß nicht

4 ...haben Sie genug Schlaf bekommen, so dass Sie sich beim Aufwachen am Morgen ausgeruht fühlten?

- Immer     Meistens     Ziemlich oft     Manchmal
- Selten     Nie     Weiß nicht

5 ...sind Sie kurzatmig oder mit Kopfschmerzen aufgewacht?

- Immer     Meistens     Ziemlich oft     Manchmal
- Selten     Nie     Weiß nicht

6 ...haben Sie sich tagsüber träge oder schläfrig gefühlt?

- Immer     Meistens     Ziemlich oft     Manchmal
- Selten     Nie     Weiß nicht

7 ...fiel es Ihnen schwer einzuschlafen?

- Immer     Meistens     Ziemlich oft     Manchmal
- Selten     Nie     Weiß nicht

8 ...sind Sie während des Schlafens aufgewacht und konnten nur schwer wieder einschlafen?

- Immer     Meistens     Ziemlich oft     Manchmal
- Selten     Nie     Weiß nicht

9 ...fiel es Ihnen schwer, tagsüber wach zu bleiben?

- Immer     Meistens     Ziemlich oft     Manchmal
- Selten     Nie     Weiß nicht

10 ...haben Sie während des Schlafens geschnarcht?

- Immer     Meistens     Ziemlich oft     Manchmal
- Selten     Nie     Weiß nicht

11 ...haben Sie tagsüber Nickerchen gehalten (5 Minuten oder länger)?

- Immer     Meistens     Ziemlich oft     Manchmal
- Selten     Nie     Weiß nicht

12 ...haben Sie ausreichend geschlafen?

- Immer     Meistens     Ziemlich oft     Manchmal
- Selten     Nie     Weiß nicht

1. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?
  - Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten
 

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag
  - Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit
 

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag
  - Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf
 

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag
  - Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben
 

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag
  - Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen
 

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag
  - Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben
 

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag
  - Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen
 

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag
  - Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil 'zappelig' oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?
 

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag
  - Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?
 

<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> An einzelnen Tagen
<input type="checkbox"/> An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/> Beinahe jeden Tag

2. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?  
 Ja  Nein
- a) Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?  
 Ja  Nein
- b) Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?  
 Ja  Nein
- c) Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?  
 Ja  Nein
- d) Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?  
 Ja  Nein
3. Geben Sie bitte an, wie sehr die zuvor beschriebenen Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zu Recht zu kommen.  
 Sehr stark  Relativ stark  Etwas  Überhaupt nicht
4. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?
- a) Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis  
 Überhaupt nicht  An einzelnen Tagen  
 An mehr als der Hälfte der Tage
- b) Gefühl der Unruhe, so dass Stillsitzen schwerfällt  
 Überhaupt nicht  An einzelnen Tagen  
 An mehr als der Hälfte der Tage
- c) Leichte Ermüdbarkeit  
 Überhaupt nicht  An einzelnen Tagen  
 An mehr als der Hälfte der Tage
- d) Muskelverspannung, Muskelschmerzen  
 Überhaupt nicht  An einzelnen Tagen  
 An mehr als der Hälfte der Tage
- e) Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen  
 Überhaupt nicht  An einzelnen Tagen  
 An mehr als der Hälfte der Tage
- f) Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Lesen oder Fernsehen  
 Überhaupt nicht  An einzelnen Tagen  
 An mehr als der Hälfte der Tage
- g) Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit  
 Überhaupt nicht  An einzelnen Tagen  
 An mehr als der Hälfte der Tage

**Bitte beantworten Sie die Fragen in Bezug auf die letzten 7 Tage.**

1. Können Sie ein Brot streichen?  
 Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
2. Können Sie aus einem normal hohen Bett aufstehen?  
 Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
3. Können Sie mit der Hand schreiben (mindestens eine Postkarte)?  
 Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
4. Können Sie Wasserhähne auf- und zudrehen?  
 Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
5. Können Sie sich strecken, um z.B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen?  
 Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
6. Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z.B. vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen?  
 Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
7. Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?  
 Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
8. Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z.B. Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?  
 Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
9. Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?  
 Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe
10. Können Sie 1 Stunde lang auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?  
 Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe

11. Können Sie Minuten ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?

- Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe

12. Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?

- Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe

13. Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?

- Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe

14. Können Sie im Sitzen einen kleinen Gegenstand (z.B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?

- Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe

15. Können Sie einen schweren Gegenstand (z.B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?

- Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe

16. Können Sie sich einen Wintermantel an- und ausziehen?

- Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe

17. Können Sie 100 Meter schnell laufen (nicht gehen) etwa um einen Bus noch zu erreichen?

- Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe

18. Können Sie öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Bahn usw.) benutzen?

- Ja, ohne Schwierigkeiten    Ja, aber mit Mühe  
 Nein oder nur mit fremder Hilfe

**Achse 1: Zeitliche Aspekte**

1. Wie oft traten Ihre (Haupt-)Schmerzen in den letzten 4 Wochen im Allgemeinen (durchschnittlich) auf?

- Nicht täglich
- Mehrmals täglich
- Dauerhafter Schmerz

2. Wie lange hielten Ihre (Haupt-)Schmerzen in den letzten Wochen im Allgemeinen an?

- Bis zu mehreren Stunden
- Bis zu einer Woche
- Länger als eine Woche, oder dauerhaft

3. a.) Zeigten Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen im Allgemeinen Schwankungen in der Stärke, d.h. wechselten die Schmerzen zwischen leichten, mäßigen und starken Schmerzen?

- 2-mal oder öfter die Woche
- Seltener als 2-mal die Woche
- Konstante Schmerzintensität

3. b.) Traten Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen in unterschiedlicher Stärke auf, d.h. gab es leichte, mäßig starke und starke Schmerzanfälle?

- Meistens
- Zeitweise
- Keine unterschiedliche Stärke

**Achse 2: Räumliche Aspekte**

1. An welchen Körperregionen litten Sie in den letzten 4 Wochen unter Schmerzen?  
Wie viele Schmerzbilder konnten Sie dabei unterscheiden?

- Ein zusammengehörendes Schmerzbild
- 2 abgrenzbare Schmerzbilder
- Mehr als 2 Schmerzbilder

**Achse 3: Medikamenteneinnahmeverhalten**

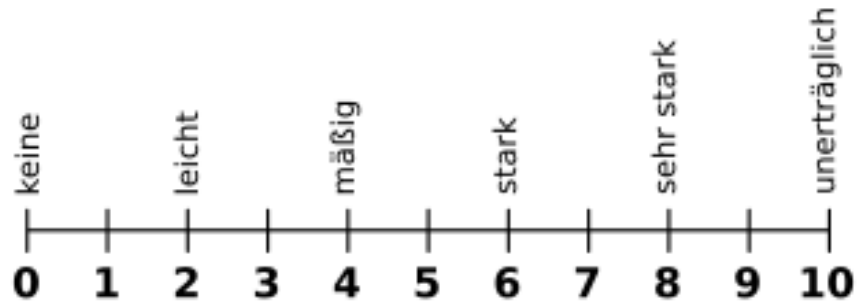
1. Haben Sie während der letzten 4 Wochen Medikamente gegen Ihre Schmerzen eingenommen?
  - Keine Medikamente
  - Maximal 2 Medikamente
  - Mehr als 2 Medikamente
  
2. Wurde Ihnen jemals ein Medikament, das Sie wegen Ihrer Schmerzen einnahmen, entzogen oder wurde versucht, die Dosis wesentlich zu reduzieren?
  - Nein
  - Einmalig
  - Mehrfach

**Achse 4: Patientenkarriere**

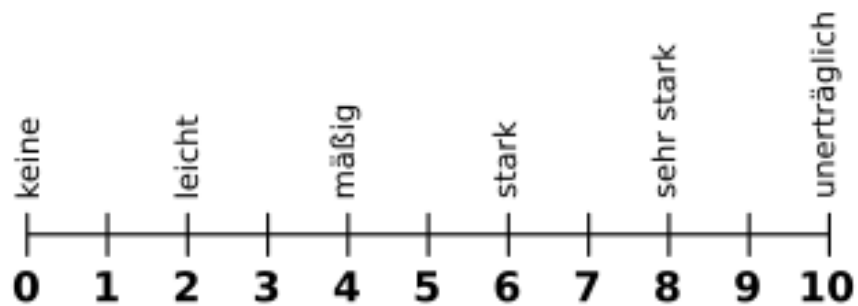
1. Haben Sie wegen nicht erfolgreicher Behandlung Ihrer Schmerzen jemals Ihren Hausarzt bzw. Ihren persönlichen Arzt gewechselt?
  - Keine Wechsel
  - Maximal 3 Wechsel
  - Mehr als 3 Wechsel
  
2. Wurden Sie bereits einmal wegen Ihrer Schmerzen stationär in einem Krankenhaus behandelt?
  - Nein oder nur 1-mal
  - 2- oder 3-mal
  - Mehr als 3 Aufenthalte
  
3. Wurden Sie jemals aufgrund Ihrer Schmerzen operiert?
  - Keine oder eine schmerzbezogene Operation
  - Zwei bis drei schmerzbezogene Operationen
  - Mehr als drei schmerzbezogene Operationen
  
4. Waren Sie aufgrund Ihrer Schmerzen jemals zu einem Kuraufenthalt oder zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme?
  - Nein
  - 1- oder 2-mal
  - Mehr als 2-mal

**VAS Schmerz**

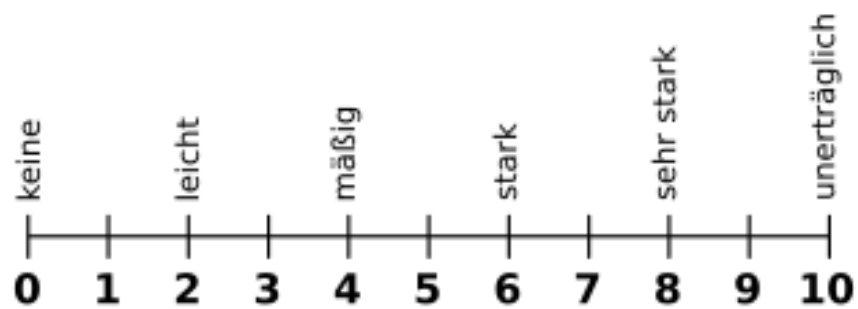
Wie würden Sie Ihren Schmerz **jetzt** im Augenblick einschätzen?



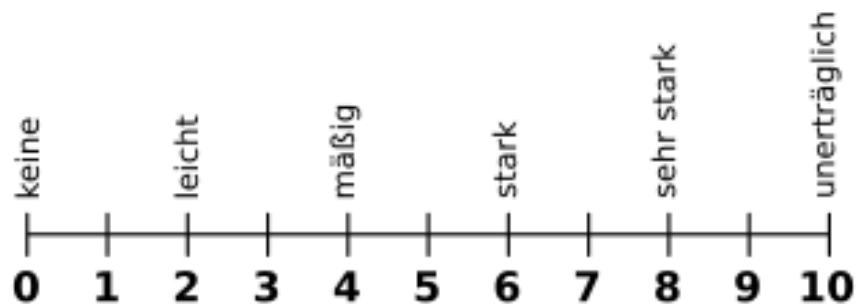
Wie stark war der **stärkste** Schmerz in den letzten 4 Wochen?



Wie stark war der Schmerz in den letzten 4 Wochen im **Durchschnitt**?



Ab wann würden Sie Ihren Schmerz als **erträglich** empfinden?





**VAS Schlaf/Stimmung**

Geben Sie auf der Skale an, wie stark beeinträchtigt Sie Ihren Schlaf empfinden.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Keine  
Beeinträchtigung

Maximale  
Beeinträchtigung  
(wegen Schmerzen  
unfähig zu schlafen)

Geben Sie auf der Skale an, wie stark beeinträchtigt Sie Ihr Wohlbefinden empfinden.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Keine  
Beeinträchtigung

Maximale  
Beeinträchtigung

Geben Sie auf der Skale an, wie stark beeinträchtigt Sie Ihr körperliches Befinden empfinden.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Keine  
Beeinträchtigung

Maximale  
Beeinträchtigung

Waren Sie aufgrund Ihrer Schmerzen in den **letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig bzw. krankgeschrieben?

Ja  Nein

Wie viel Tage: \_\_\_\_\_  die ganze Zeit

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

Maximale  
Beeinträchtigung

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

Maximale  
Beeinträchtigung

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

Maximale  
Beeinträchtigung

**Leiden Sie unter Rückenschmerzen?**

Ja  Nein

wenn ja:

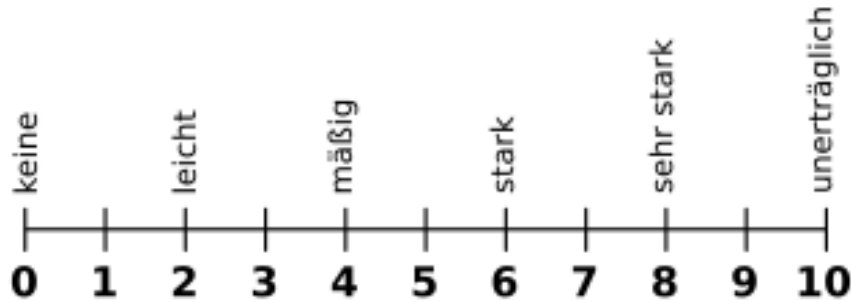
**Haben Sie Ihre aktuellen Rückenschmerzen schon länger als eine Woche?**

Ja  Nein

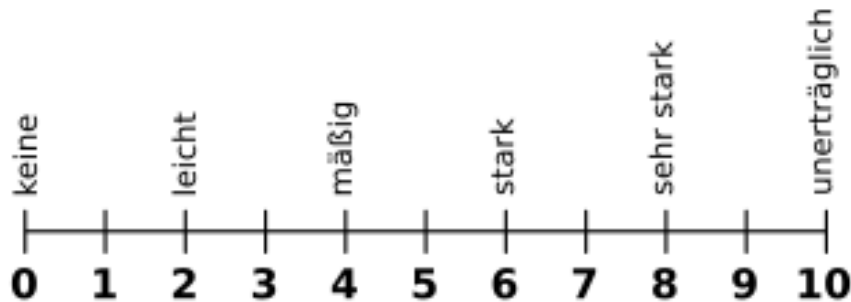
**Haben Sie außer Rückenschmerzen noch andere Schmerzen?**

Ja  Nein

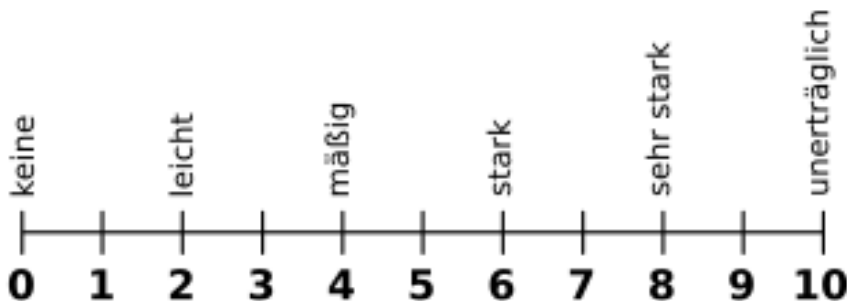
**Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen in der letzten Woche durchschnittlich?**



**Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen in der letzten Woche, wenn es am besten war?**



**Wie stark dürfen Ihre Beschwerden noch sein, wenn die Behandlung erfolgreich ist?**



**Hilft Ihnen - nach Ihrer bisherigen Erfahrung - Massage Ihre Rückenschmerzen zu lindern?**

Ja  Nein  Ich weiß nicht

**Wenn Sie in den vergangenen 14 Tagen Ihre Schmerzen bewusst registriert haben, wie oft ist Ihnen der folgende Gedanke durch den Kopf gegangen?**

- Was kann nur dahinter stecken?  
 Nie  Fast nie  Selten  Manchmal  Oft  Meistens  Jedes Mal
- Warum muss ich nur diese schwere Last ertragen?  
 Nie  Fast nie  Selten  Manchmal  Oft  Meistens  Jedes Mal
- Ich glaube beinahe, die gehen überhaupt nicht wieder weg.  
 Nie  Fast nie  Selten  Manchmal  Oft  Meistens  Jedes Mal
- Diese üblen Schmerzen verderben mir aber auch alles!  
 Nie  Fast nie  Selten  Manchmal  Oft  Meistens  Jedes Mal
- Was bedeutet das nur?  
 Nie  Fast nie  Selten  Manchmal  Oft  Meistens  Jedes Mal
- Ich werde doch keinen Tumor haben?  
 Nie  Fast nie  Selten  Manchmal  Oft  Meistens  Jedes Mal
- Bald ertrage ich es nicht mehr länger!  
 Nie  Fast nie  Selten  Manchmal  Oft  Meistens  Jedes Mal
- Ob ich die gleiche, schlimme Krankheit habe wie...  
 Nie  Fast nie  Selten  Manchmal  Oft  Meistens  Jedes Mal
- Ach, das wird überhaupt nicht besser.  
 Nie  Fast nie  Selten  Manchmal  Oft  Meistens  Jedes Mal
- Hach, jetzt ist wieder der ganze Tag verdorben.  
 Nie  Fast nie  Selten  Manchmal  Oft  Meistens  Jedes Mal
- Das Leben mit diesem Schmerz ist kaum noch lebenswert!  
 Nie  Fast nie  Selten  Manchmal  Oft  Meistens  Jedes Mal
- Was mache ich nur, wenn sie jetzt wieder schlimmer werden?  
 Nie  Fast nie  Selten  Manchmal  Oft  Meistens  Jedes Mal
- Wie lange muss ich diese Schmerzen noch ertragen?  
 Nie  Fast nie  Selten  Manchmal  Oft  Meistens  Jedes Mal
- Es wird doch keine schlimme Krankheit dahinterstecken?  
 Nie  Fast nie  Selten  Manchmal  Oft  Meistens  Jedes Mal

**Wie war Ihr Befinden in den letzten 14 Tagen?**

- Ich fühle mich bedrückt, schwermütig und traurig.  
 Nie/Selten     Manchmal     Oft     Meistens/Immer
- Ich weine plötzlich oder mir ist oft zum Weinen zumute.  
 Nie/Selten     Manchmal     Oft     Meistens/Immer
- Ich kann nachts schlecht einschlafen.  
 Nie/Selten     Manchmal     Oft     Meistens/Immer
- Ich bin unruhig und kann nicht stillhalten.  
 Nie/Selten     Manchmal     Oft     Meistens/Immer
- Ich tue Dinge, die ich früher tat, immer noch gern.  
 Nie/Selten     Manchmal     Oft     Meistens/Immer