

SCHMERZ-FRAGEBOGEN

Personalbogen

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Krankenversicherung: _____

Überwiesen von Dr.: _____

Heutiges Datum: _____

Durch wen oder wodurch sind Sie auf das Schmerzzentrum Rhein-Main aufmerksam geworden?

- Behandelnder Arzt
- Bekannte
- Internet
- Krankenhaus/Klinik
- Zeitung/Zeitschrift/Radio/Fernsehen
- Werbung/Anzeige

Anderes: _____

Hausarzt

Name des Arztes (Dr.): _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Vitalwerte

Alter: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Körpergröße (in cm): _____ Gewicht (in Kg): _____

Wo ist Ihr Hauptschmerz?

Kopf, Kreuz, Knie,...: _____

Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

- seit einigen Tagen
- seit einigen Wochen
- seit einigen Monaten
- seit Jahren. Wie viele: _____

Falls bekannt, bitte Monat und Jahr des Schmerzbeginns angeben: _____

Wie wurden Ihre Schmerzen behandelt?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Elektrische Nervenstimulation |
| <input type="checkbox"/> Operation | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik |
| <input type="checkbox"/> Nervenblockaden | <input type="checkbox"/> Massagen |
| <input type="checkbox"/> Injektionen | <input type="checkbox"/> Bäder |
| <input type="checkbox"/> Infusionen | <input type="checkbox"/> Packungen |
| <input type="checkbox"/> lokale Einspritzungen in das Schmerzgebiet | <input type="checkbox"/> Medikamentenentzug |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Chiropraktik |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Röntgenbestrahlung |
| <input type="checkbox"/> Autogenes Training | <input type="checkbox"/> andere Bestrahlungen |
| <input type="checkbox"/> Biofeedback | |

Andere Therapien: _____

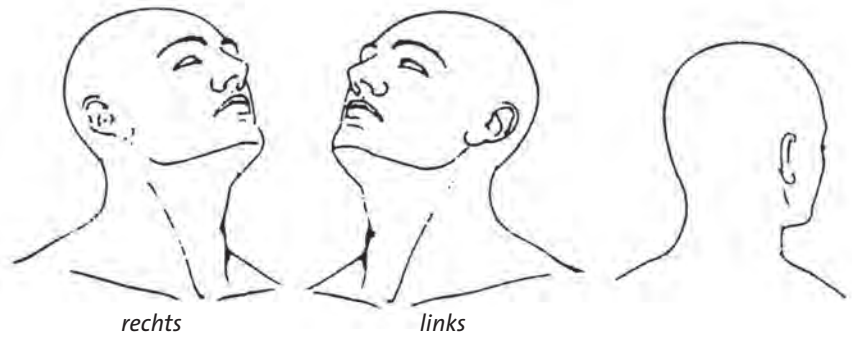
Von wem wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen untersucht und/oder behandelt?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinarzt / Prakt. Arzt | <input type="checkbox"/> Anaesthetist | <input type="checkbox"/> Augenarzt |
| <input type="checkbox"/> Schmerztherapeutische Einrichtung / Schmerzarzt | <input type="checkbox"/> Nervenarzt | <input type="checkbox"/> HNO-Arzt |
| <input type="checkbox"/> Internist | <input type="checkbox"/> Psychiater | <input type="checkbox"/> Hautarzt |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde | <input type="checkbox"/> Psychologe | <input type="checkbox"/> Urologe |
| <input type="checkbox"/> Chirurg | <input type="checkbox"/> Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Röntgenologe |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurg | <input type="checkbox"/> Kieferchirurg | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker |
| | <input type="checkbox"/> Frauenarzt | |

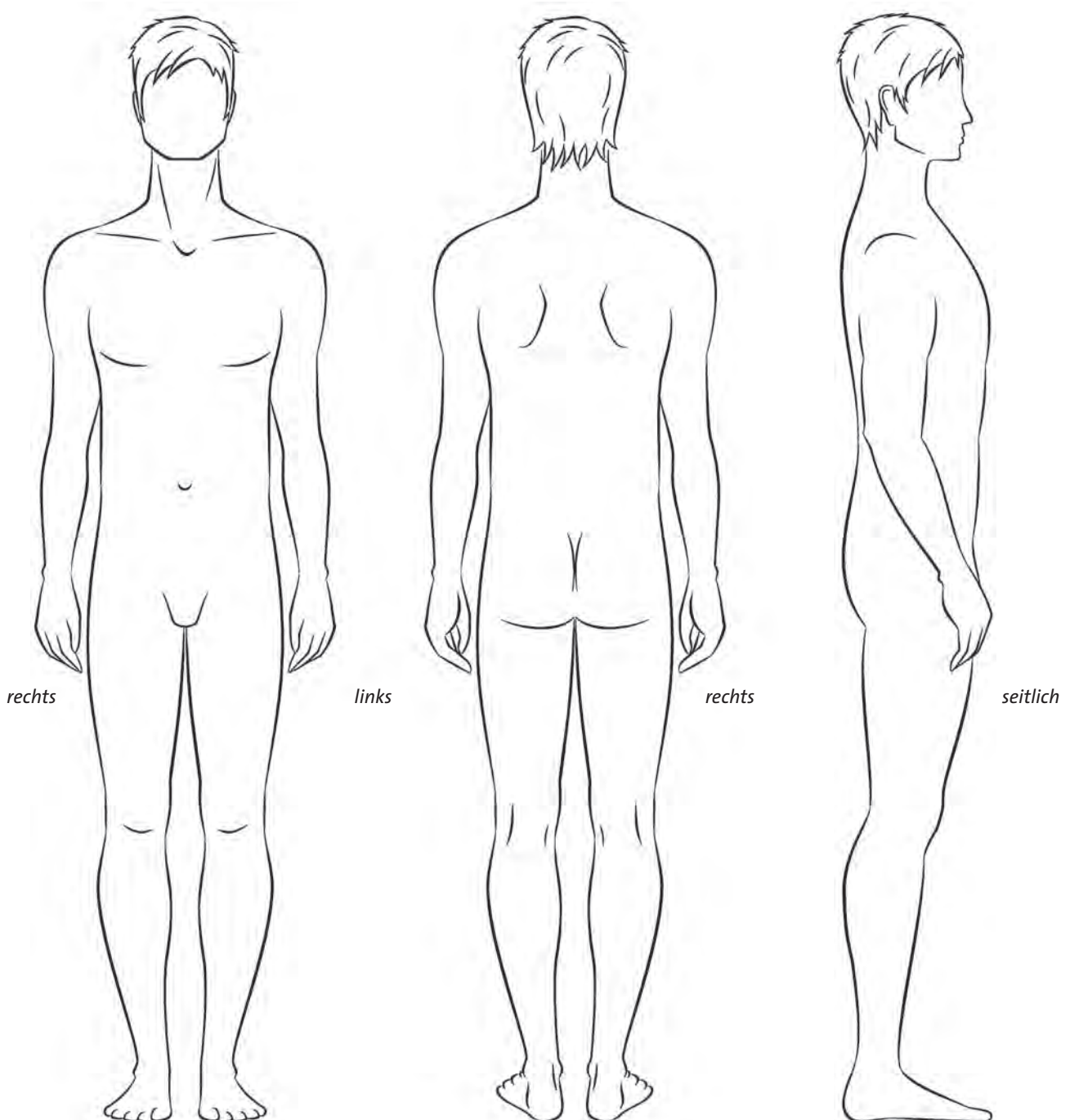
Andere: _____

Bitte zeichnen Sie Ihre Schmerzen ein:

Für Kopf- und Gesichtsschmerzen



Für Körperschmerzen



Hatten Sie Krankenhaus- und Kuraufenthalte wegen Ihrer Schmerzen?

- Ja. Wann, wie lange und wo waren Sie wegen Ihrer Schmerzen in Krankenhaus- oder Kurbehandlung?

- Nein

Welche Diagnosen wurden wegen Ihrer Schmerzen gestellt?

Bekommen Sie wegen Ihrer Schmerzen eine Rente?

- Ja
 Nein

Läuft ein Rentenantrag?

- Ja
 Nein

Sind Sie schon einmal operiert worden?

- Ja. Welche Operation(en): _____
- wegen Schmerzen
- aus anderen Gründen: _____

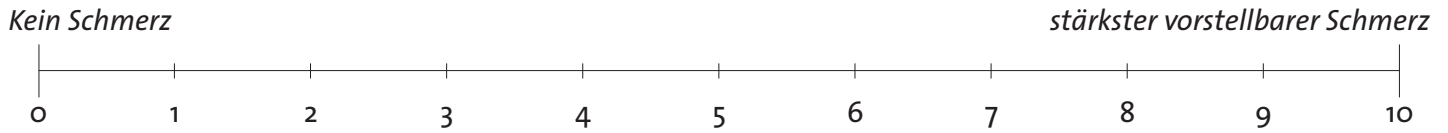
Haben Sie Unfälle erlitten?

- ja. Welche Unfälle: _____

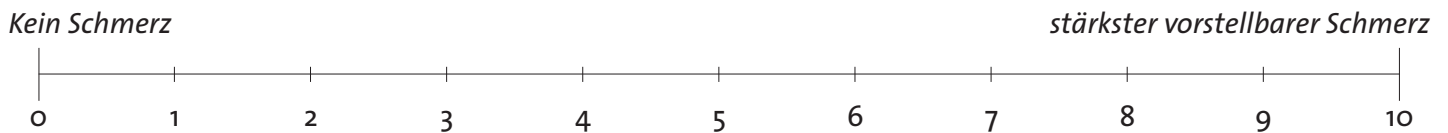
Persönliche Einschätzung der Schmerzstärke

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage jeweils einen Wert der Skala 0 - 10 an.

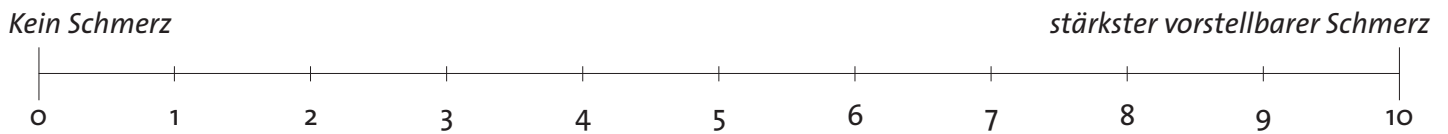
a) Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an.



b) Geben Sie bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten vier Wochen an:



c) Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten vier Wochen an:



d) Geben Sie jetzt bitte an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:



Haben sich Ihre Schmerzen in den letzten 3 Monaten verändert?

- | | | | |
|-------------------|---|---|--|
| Häufigkeit | <input type="checkbox"/> gleich geblieben | <input type="checkbox"/> häufiger geworden | <input type="checkbox"/> seltener geworden |
| Intensität | <input type="checkbox"/> gleich geblieben | <input type="checkbox"/> schwächer geworden | <input type="checkbox"/> stärker geworden |
| Charakter | <input type="checkbox"/> gleich geblieben | <input type="checkbox"/> anders geworden | |

Wie und wie oft treten Ihre Schmerzen zur Zeit auf?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> dauernd | <input type="checkbox"/> etwa 1x in der Woche |
| <input type="checkbox"/> anfallsweise | <input type="checkbox"/> etwa 1x im Monat |
| <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> ab und zu |

Zu welchen Tageszeiten sind Ihre Schmerzen deutlich wahrnehmbar?

Bitte die Uhrzeiten ankreuzen:

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 0 1 2 3 4 5 Uhr
morgens mittags nachmittags abends nachts

Persönliches Schmerzempfinden

Mit der folgenden Liste von Eigenschaftsworten können Sie genauer beschreiben, wie Sie Ihre Schmerzen empfinden. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre typischen Schmerzen in der letzten Zeit. Bitte lassen Sie keine Beschreibungen aus und machen Sie für jedes Wort ein Kreuz, inwieweit die Aussage auf Sie zutrifft. Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten: 3 = trifft genau zu; 2 = trifft weitgehend zu; 1 = trifft ein wenig zu; 0 = trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als...

| | trifft genau zu | trifft weitgehend zu | trifft ein wenig zu | trifft nicht zu | | trifft genau zu | trifft weitgehend zu | trifft ein wenig zu | trifft nicht zu |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ...elend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...klopfend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...schauderhaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...pochend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...scheußlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...brennend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...furchtbar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...heiß | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...dumpf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...stechend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...drückend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...ziehend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SBL © Korb 2006

| Spüren/Empfinden Sie im Bereich Ihrer Schmerzen mitunter... | Nie | kaum | gering | mittel | stark | sehr stark |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ...eine leichte Berührung (z.B. durch die Bettdecke) als schmerzhaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...eine Brenngefühl (z.B. wie beim Kontakt mit Brennnesseln)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...ein Kribbel-/ Prickelgefühl (z.B. Ameisenlaufen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...blitzartige/elektrisierende Schmerzattacken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...Kälte/Wärme (z.B. Badewasser) als schmerzhaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...ein Taubheitsgefühl? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...bei leichtem Druck (z.B. mit einem Finger) außergewöhnlich starke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

R. Freynhagen, T.R. Tölle, U. Gockel, R. Baron, DGN 2005 – © painDETECT, Pfizer Pharma GmbH

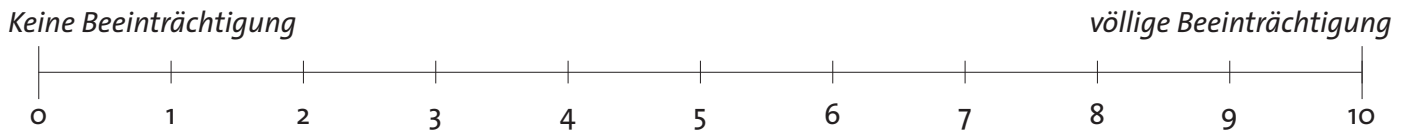
Persönliches Schmerzempfinden

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der letzten drei Monate. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die Auswirkungen der Schmerzen erfahren.

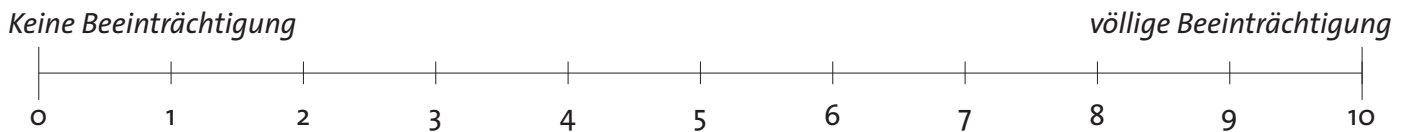
- a) An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten drei Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B: Beruf, Schule, Haushalt)?

An etwa _____ Tagen

- b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten drei Monaten Ihren Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen) beeinträchtigt?



- c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten drei Monaten Ihre Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis beeinträchtigt?



- d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten drei Monaten Ihre Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?



Was machen Sie selbst um Ihre Schmerzen günstig zu beeinflussen?

Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung etc.

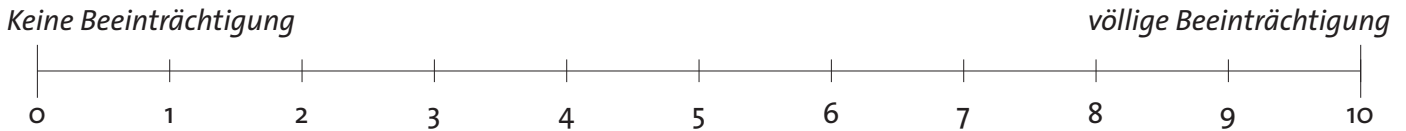
Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen.

Ich tue nichts.

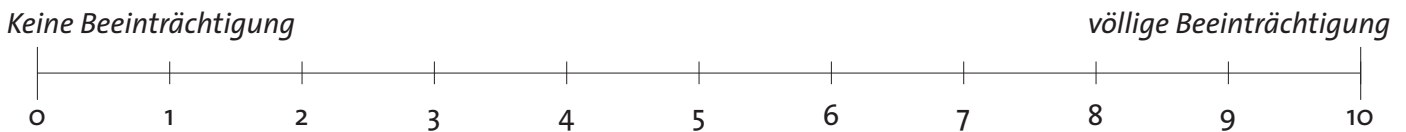
Persönliches Schmerzempfinden

Im Folgenden sind verschiedene Lebensbereiche angesprochen. Bitte kreuzen Sie jeweils an, wie stark Sie in diesen durch Ihre Schmerzen beeinträchtigt werden.

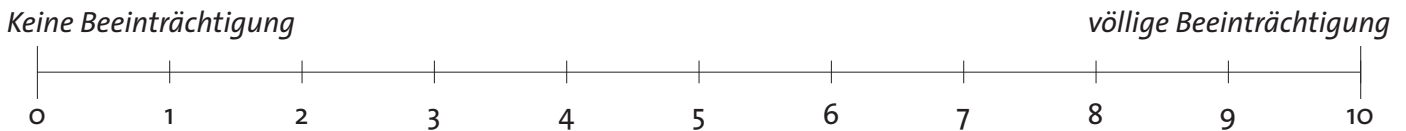
Häusliche und familiäre Aktivitäten:



Freizeit / Erholung:



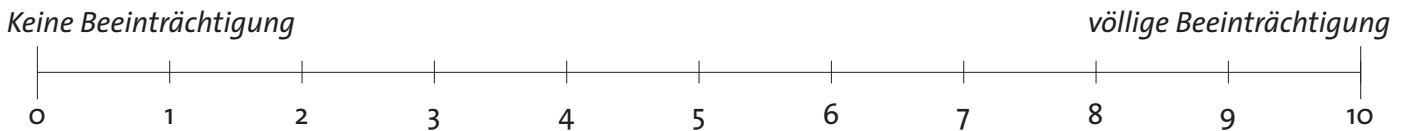
Soziale Unternehmungen:



Haus- und Berufsarbeit:



Selbständigkeit in Körperpflege und Alltagsverrichtungen:



Schlaf:



Allgemeine Lebensqualität:



Sexualität:



Was löst Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen aus oder verschlimmert sie?

Ich weiß es nicht.

Schmerzcharakter

Mit der folgenden Liste können Sie genauer beschreiben, wie Sie Ihre Schmerzen empfinden. Denken Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte an den typischen Ablauf Ihrer Schmerzen in der letzten Zeit. Sollten Sie nur die Eigenschaften bewerten wollen die für Sie zutreffen und die anderen unausgefüllt lassen, machen Sie bitte ein Kreuz unten in das dafür vorgesehene Kästchen*. Ansonsten haben Sie bei jeder Aussage vier Antwortmöglichkeiten; wählen Sie bitte spontan die Aussage, welche am ehesten auf Ihre Beschwerden zutrifft.

Ich empfinde meine Schmerzen als...

| | trifft genau zu | trifft weitestgehend zu | trifft ein wenig zu | trifft nicht zu | | trifft genau zu | trifft weitestgehend zu | trifft ein wenig zu | trifft nicht zu |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ...lähmend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...pulsierend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...entmutigend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...ziehend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...furchtbar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...drückend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...unbarmherzig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...dumpf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...entnervend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...durchstoßend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...schwer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...heiß | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...scheußlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...hämmernd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...zermürend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...stechend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...elend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...glühend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...mörderisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...pochend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...heftig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...reißend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...erschöpfend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...brennend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...grausam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...klopfend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ...quälend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...schneidend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* Bitte machen Sie hier ein Kreuz, wenn Sie oben nur die Empfindungen angekreuzt haben, die für Sie zutreffen.

Allgemeines Stimmungsbild

Zur vollständigen Beurteilung Ihrer Erkrankung bitten wir Sie im Folgenden um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung. Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten., und zwar so, wie es für Sie persönlich in den vergangenen Tagen (inklusive heute) am ehesten zutrifft bzw. zutraf. Machen Sie bitte nur ein Kreuz für jede Feststellung und lassen Sie bitte keine Frage aus. Überlegen Sie nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt

- meistens oft
- von Zeit zu Zeit / gelegentlich
- überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- ganz genau so
- nicht ganz so sehr
- nur noch ein wenig
- kaum oder gar nicht

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- ja, sehr stark
- ja, aber nicht allzu stark
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- ja, so viel wie immer
- nicht mehr ganz so viel
- inzwischen viel weniger
- überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- einen Großteil der Zeit
- verhältnismäßig oft
- von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- nur gelegentlich / nie

Ich fühle mich glücklich

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

- ja, natürlich
- gewöhnlich schon
- nicht oft
- überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- fast immer
- sehr oft
- manchmal
- überhaupt nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

- überhaupt nicht
- gelegentlich
- ziemlich oft
- sehr oft

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- ja, stimmt genau
- ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ich kümmere mich so viel darum wie immer

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

- ja, tatsächlich sehr
- ziemlich
- nicht sehr
- überhaupt nicht

Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- ja, sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- kaum bis gar nicht

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- ja, tatsächlich sehr oft
- ziemlich oft
- nicht sehr oft
- überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen

- oft
- manchmal
- eher selten
- sehr selten

Ich denke daran, mir das Leben zu nehmen:

- Nein, nie Gelegentlich Häufiger

Nehmen Sie Medikamente gegen Schmerzen ein?

- immer oder fast immer, wenn sie auftreten
 in regelmäßigen Zeitabständen
 häufig
 eher selten
 überhaupt nicht

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit gegen Ihre Schmerzen ein?

Bei Bedarf bitte ein Extrablatt benutzen.

Name des Medikamentes:

Dosis

(Anzahl: Tropfen, Tabletten, Zäpfchen)

- a) _____ pro Tag: _____
b) _____ pro Tag: _____
c) _____ pro Tag: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit aus anderen Gründen außerdem noch ein?

Bestehen Allergien?

- Ja. Nein

Welche?: _____

Liegen andere Erkrankungen vor?

- Herz-Kreislauf-Erkrankung HIV-positiv
 Erkrankung des Nervensystems Hepatitis
 Diabetes Blutgerinnungsstörung
 Andere Stoffwechselerkrankungen

Andere Erkrankungen: _____

- Nein

Eigene Beschreibung

Bitte versuchen Sie, Ihre Schmerzen mit Ihren eigenen Worten zu beschreiben (z. B. starker ziehender Schmerz, von der Schulter beginnend, in den Unterarm ausstrahlend. Verstärkt sich bei der Bewegung der Schulter.). Wichtig ist auch eine genaue Schilderung, wie z. B. „als wenn ein Messer in dem Muskel herumgedreht würde“ oder „es brennt wie Feuer“.

Es ist wichtig, dass Sie an dieser Stelle Ihre Schmerzen möglichst genau beschreiben.

Nützliche Internet-Links zum Thema Schmerz

Deutsche Schmerzliga e. V.

<http://www.schmerzliga.de/>

Die Deutsche Schmerzliga ist eine Patientenorganisation Sie vermittelt Informationen über die Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie und über spezialisierte Einrichtungen. Sowohl bei den politisch Verantwortlichen als auch in der Öffentlichkeit wirbt die Deutsche Schmerzliga um Verständnis für die Probleme von Menschen mit chronischen Schmerzen.

Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.

<http://www.dgschmerzmedizin.de/>

Die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. ist die größte deutschsprachige Fachgesellschaft, die sich für ein besseres Verständnis und für bessere Diagnostik und Therapie des chronischen Schmerzes einsetzt.

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V.

<http://www.dgss.org/home/>

Die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) ist die wissenschaftliche Schmerzgesellschaft in Deutschland. Sie wurde 1975 während des 1st World Congress of Pain in Florenz als deutsche Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP) gegründet.

Deutsche Migräne- und Kopfschmerz-Gesellschaft e. V.

<http://www.dmkg.de/>

Die DMKG ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft für den Kopfschmerz. Dort finden Sie die aktuellen Therapieempfehlungen und Merkblätter für Betroffene.

Migräne Liga e. V.

<http://www.migraeneliga.de/>

Der Selbsthilfverband unterstützt Betroffene bei der Gründung einer Selbsthilfegruppe und bietet auf seiner Webseite die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch an.

Initiative „Gemeinsam gegen den Tumorschmerz“

<http://www.dgss.org/die-gesellschaft/arbeitskreise/tumorschmerz/>

Die Initiative hat sich zum Ziel gesetzt, die schmerztherapeutische Versorgung von Patienten mit Tumorschmerzen durch eine Informationsoffensive zu verbessern.

Aktion Gesunder Rücken e. V.

<http://www.agr-ev.de/de/>

Auf dieser Seite finden Sie Informationen über Auslöser für Rückenprobleme und zum rückengerechten Umfeld.

Zweitmeinung bei Wirbelsäulen-OP (Techniker Krankenkasse)

<http://www.tk.de/tk/behandlungen/zweitmeinung/zweitmeinung-wirbelsaeulen-op/213560>

TK-Versicherte, bei denen in der nächsten Zeit ein operativer Eingriff an der Wirbelsäule geplant ist, können bei uns eine zweite Meinung einholen.

SCHMERZ-FRAGEBOGEN

Herausgeber:

Schmerzzentrum Rhein-Main in Frankfurt und Wiesbaden

Verantwortlich für den Inhalt:

Jutta von Gierke, Dr. Gabriele Müller

Kontakt:

Schmerzzentrum Rhein-Main in Frankfurt
Brönnnerstraße 15
60313 Frankfurt am Main

Schmerz- und Palliativzentrum Wiesbaden
Langenbeckplatz 2
65189 Wiesbaden

Tel.: 069 - 29 72 89 700

Fax: 069 - 29 72 89 701

Tel: 0611 - 44 75 40 00

Fax: 0611 - 44 75 40 04

info@schmerzzentrum-rhein-main.de

www.schmerzzentrum-rhein-main.de

kontakt@schmerzzentrum-wiesbaden.de

www.schmerzzentrum-wiesbaden.de

Gestaltung und Satz:

MUNARIDESIGN, Neu-Isenburg

Illustrationen und anatomische Zeichnungen:

fotolia.com