

Personalbogen

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitsunfähig: nein ja seit wann _____

Krankenversicherung: _____

Überwiesen von Dr.: _____

Heutiges Datum: _____

Durch wen oder was sind Sie auf das Schmerz- und Palliativzentrum Frankfurt aufmerksam geworden? (Diese Angaben sind freiwillig *)

Behandelnder Arzt *

Freunde/ Bekannte *

Internet *

Krankenhaus/ Klinik *

Medien *

Werbung/ Anzeige *

Sonstiges *: _____

Hausarzt

Name des Arztes: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Telefax: _____



Vitalwerte

Alter: _____

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

Wo ist Ihr Hauptschmerz?

Kopf, Rücken, Extremitäten..... _____

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?

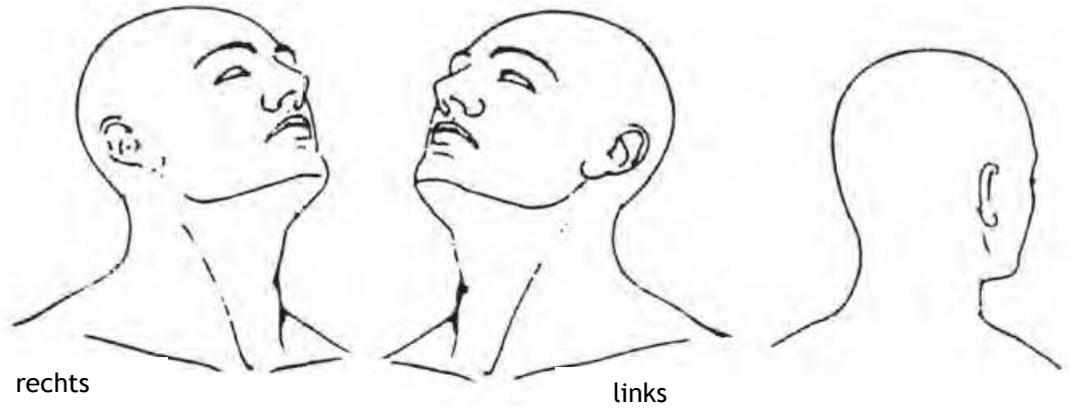
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmediziner | <input type="checkbox"/> Anästhesist | <input type="checkbox"/> Augenarzt |
| <input type="checkbox"/> Schmerztherapeutische
Einrichtung/ Schmerzarzt | <input type="checkbox"/> Nervenarzt | <input type="checkbox"/> HNO-Arzt |
| <input type="checkbox"/> Internist | <input type="checkbox"/> Psychiater | <input type="checkbox"/> Hautarzt |
| <input type="checkbox"/> Chirurg | <input type="checkbox"/> Psychologe | <input type="checkbox"/> Urologe |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde | <input type="checkbox"/> Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Röntgenologe |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurg | <input type="checkbox"/> Kieferchirurg | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker |
| | <input type="checkbox"/> Gynäkologe | |

Andere: _____

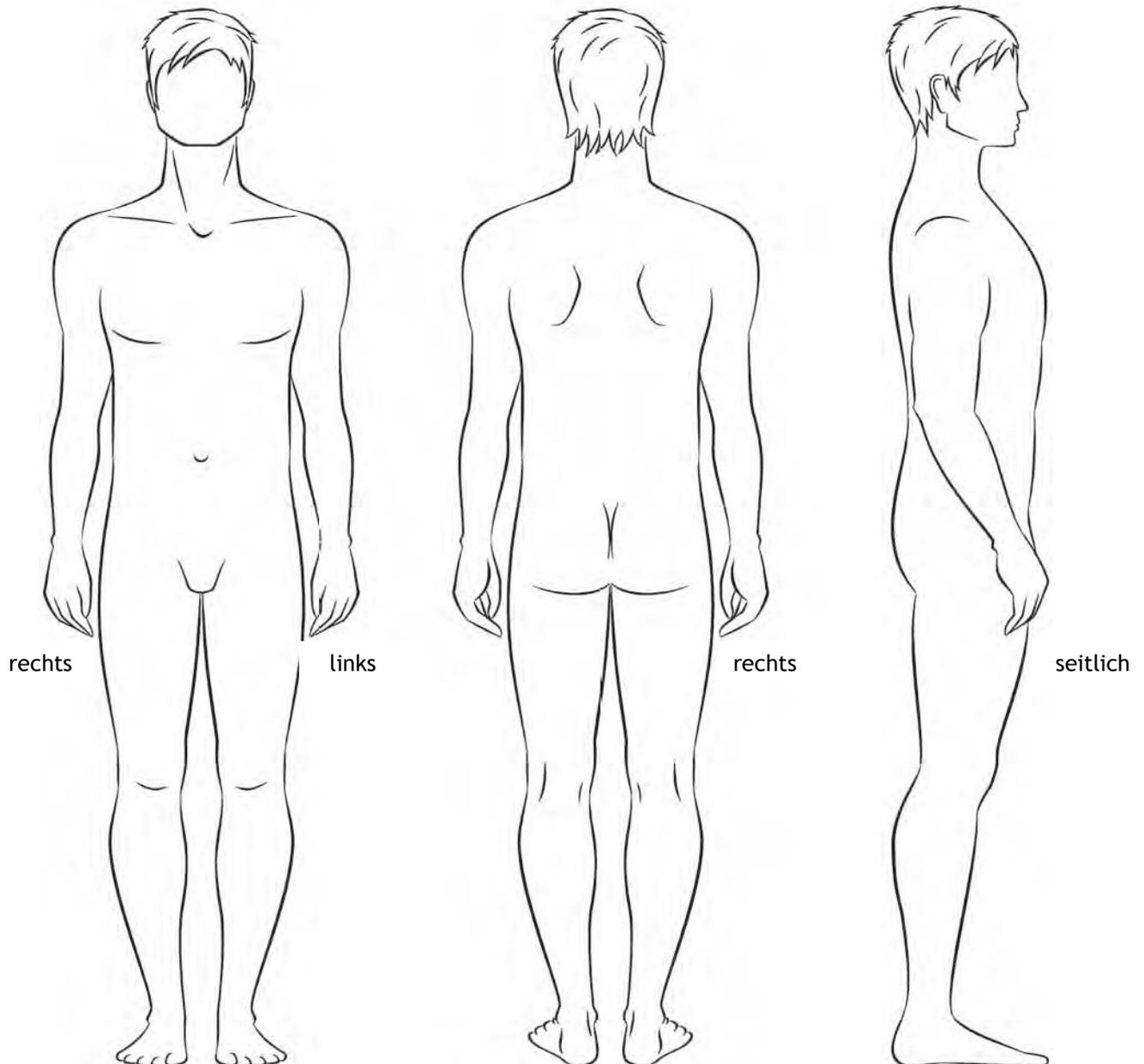


Bitte zeichnen Sie Ihre Schmerzen ein.

Für Kopf- und Gesichtsschmerzen



Für Körperschmerzen





Hatten Sie Krankenhaus- und/ oder Kuraufenthalte wegen Ihrer Schmerzen?

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

- Nein

Welche Diagnosen wurden wegen Ihrer Schmerzen gestellt?

Bekommen Sie wegen Ihrer Schmerzen eine Rente?

- Ja
 Nein

Läuft zurzeit ein Rentenanspruch?

- Ja
 Nein

Sind Sie schon einmal operiert worden?

- Nein
 Ja, welche Operation/en: _____

- wegen Schmerzen
 aus anderen Gründen: _____

Haben Sie Unfälle erlitten?

- Nein
 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.

kein Schmerz

stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

kein Schmerz

stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

kein Schmerz

stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

kein Schmerz

stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Haben sich Ihre Schmerzen in den letzten Monaten verändert?

- Häufigkeit** gleich geblieben häufiger geworden seltener geworden
Intensität gleich geblieben schwächer geworden stärker geworden
Charakter gleich geblieben anders geworden

Wie und wie oft treten Ihre Schmerzen zur Zeit auf?

- dauernd etwa 1x in der Woche
 anfallsweise etwa 1x im Monat
 täglich 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 1 2 3 4 5
 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 Beschreibung aus und machen Sie für jedes Wort ein Kreuz, inwieweit die Aussage auf Sie zutrifft. Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten.

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
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"/>					
ein Brenngefühl (z.B. wie beim Kontakt mit Brennesseln)?	<input type="checkbox"/>					
ein Kribbel-/ Prickelgefühl (z.B. Ameisenlaufen)?	<input type="checkbox"/>					
blitzartige/ elektrisierende Schmerzattacken?	<input type="checkbox"/>					
Kälte/ Wärme (z.B. Badewasser) als schmerzhaft?	<input type="checkbox"/>					
ein Taubheitsgefühl?	<input type="checkbox"/>					
bei leichtem Druck (z.B. mit dem Finger) außergewöhnlich stark?	<input type="checkbox"/>					

R. Freynhagen, T.R. Tölle, U. Gockel, R. Baron, DGN 2005-© pain DETECT, 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 auf Grund 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) beeinflusst?

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was machen Sie selbst um Ihre Schmerzen günstig zu beeinflussen?

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

- 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 Aktivitäten:

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Freizeit/ Erholung:

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Soziale Unternehmungen:

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Haus- und Berufsarbeit:

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Selbständigkeit in Körperpflege und Alltagsverrichtungen:

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlaf:

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Allgemeine Lebensqualität:

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sexualität:

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



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 Ihrer 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 weitest- gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitest- gehend 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.



Nehmen Sie Medikamente gegen Schmerzen ein?

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

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit gegen Ihre Schmerzen ein?

Bei Bedarf bitte ein Extrablatt benutzen.

Name des Medikamentes:	Dosis (Anzahl: Tabletten, Tropfen, Zäpfchen)
1. _____	pro Tag _____
2. _____	pro Tag _____
3. _____	pro Tag _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit aus anderen Gründen zusätzlich noch ein?

Bestehen Allergien bei Ihnen?

nein ja welche: _____

Liegen andere Erkrankungen vor?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> HIV-positiv |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Andere Stoffwechselerkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nein | |

Mit der Bitte um Kenntnisnahme!

Nicht nur aus rechtlicher Verpflichtung, sondern darüber hinaus auch aus persönlicher Überzeugung, verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten achtsam und sorgfältig.

Ausführliche Informationen finden Sie im Wartezimmer als Aushang an der Patienteninformation oder erhalten Sie auf Wunsch von uns ausgehändigt.



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

Tel.: 069 - 29 72 89 700
Fax: 069 - 29 72 89 701

frankfurt@schmerzzentrum-rhein-main.de
www.schmerzzentrum-rhein-main.de

Schmerz- und Palliativzentrum Wiesbaden
Langenbeckplatz 2
65189 Wiesbaden

Tel: 0611 - 44 75 40 00
Fax: 0611 - 44 75 40 04

kontakt@schmerzzentrum-wiesbaden.de
www.schmerzzentrum-wiesbaden.de