



## Schmerzfragebogen (Ersterhebung)

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

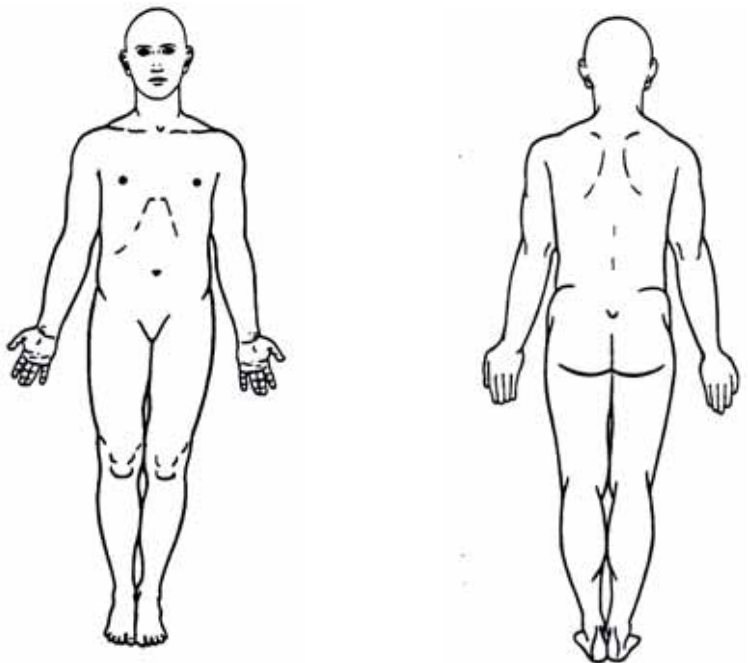
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

1. Die meisten von uns haben von Zeit zu Zeit Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, bei Verstauchungen).

Hatten Sie heute andere als diese Alltagsschmerzen?  ja  nein

2. Seit wann haben ca. Sie diese Schmerzen: \_\_\_ Tage oder \_\_\_ Wochen o. \_\_\_ Monate o. \_\_\_ Jahre

3. Schraffieren Sie in nachstehender Zeichnung die Gebiete, in denen Sie Schmerzen haben. Markieren Sie mit "X" die Stelle, die Sie am meisten schmerzt.



4. Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre **stärksten** Schmerzen in den letzten 7 Tagen beschreibt:

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
kein Schmerz      stärkste vorstellbare Schmerzen

5. Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre **geringsten** Schmerzen in den letzten 7 Tagen beschreibt:

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
kein Schmerz      stärkste vorstellbare Schmerzen

6. Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre **durchschnittlichen** Schmerzen in den letzten 7 Tagen beschreibt:

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
kein Schmerz      stärkste vorstellbare Schmerzen

7. Kreisen Sie die Zahl ein, die aussagt, welche Schmerzen Sie **in diesem Moment** haben:

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
kein Schmerz      stärkste vorstellbare Schmerzen





8. Welche Behandlungen haben Sie bisher bekommen?

- Medikamente  Spritzen  Physiotherapie/Krankengymnastik  Massagen  Reha  Operationen  
 Osteopathie/manuelle Therapie  Erlernen eines eigenen Trainingsprogramms

9. Welche und wie viel Medikamente erhalten Sie gegen Ihre Schmerzen?

10. Bitte denken Sie an die vergangenen 24 Stunden. Wieviel Schmerzlinderung haben Sie durch Behandlung oder Medikamente erfahren? Bitte kreisen Sie die Prozentzahl ein, die am besten die Schmerzlinderung beschreibt:

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
kein Schmerz										stärkste vorstellbare Schmerzen

Bitte kreisen Sie die Zahl ein, die angibt, wie stark Ihre Schmerzen Sie in den vergangenen 7 Tagen beeinträchtigt haben:

11. Allgemeine Aktivität:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										stärkste Beeinträchtigung

12. Stimmung:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										stärkste Beeinträchtigung

13. Gehvermögen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										stärkste Beeinträchtigung

14. Normale Arbeit (sowohl außerhalb des Hauses als auch Hausarbeit, Beruf), Belastbarkeit:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										stärkste Beeinträchtigung

15. Beziehung zu anderen Menschen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										stärkste Beeinträchtigung

16. Schlaf:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										stärkste Beeinträchtigung

17. Lebensfreude:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										stärkste Beeinträchtigung

18. Sind Sie am Rücken operiert worden?  nein  ja

Falls ja: Wann ca. \_\_\_\_\_ Wo \_\_\_\_\_ welches Segment \_\_\_\_\_

19. Haben Sie einen Rentenantrag oder einen Antrag auf MdE gestellt?  nein  ja

