



# Schmerz- Fragebogen

## Information zum Schmerzfragebogen

Sicher haben Sie selbst schon erlebt, wie schwierig es ist, Ihrem Arzt eine genaue Beschreibung Ihrer Schmerzen zu geben. Er ist jedoch darauf angewiesen zu erfahren wie Ihre Schmerzen beschaffen sind und wie sie auf Schmerzbehandlung ansprechen.

Ihre Angaben in diesem Fragebogen für Schmerzpatienten dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gesprächs und der Basisuntersuchung. In Ihrem eigenen Interesse möchten wir Sie deshalb bitten, **alle** Fragen in Ruhe und Sorgfalt zu beantworten. Falls eine Frage für Sie nicht beantwortbar ist, d.h. auf Ihre Schmerzen nicht zutrifft, notieren Sie das bitte, statt der vorgegebenen Antwort.

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Bearbeitung Ihrer Angaben in unserer schmerztherapeutischen Einrichtung entspricht den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

---

Dr. med. Hubert Miles

Facharzt für Anästhesiologie  
Spezielle Schmerztherapie  
Palliativmedizin

Dr. med. Susanne Urban

Fachärztin für Anästhesiologie  
Spezielle Schmerztherapie

Dr. med. Kerstin Fräßdorf

Fachärztin für Anästhesiologie  
Spezielle Schmerztherapie  
Palliativmedizin

---

Patienten-Nr.:

Alter: .....

Geschlecht:  männlich  weiblich

1) **Wo ist Ihr Hauptschmerz? (Kopf, Kreuz, Knie, ...)**

.....  
.....

2) **Seit wann haben Sie diese Schmerzen?**

- seit einigen Tagen  seit einigen Wochen  
 seit einigen Monaten  seit Jahren, wie viele:

Falls bekannt, Monat und Jahr des Schmerzbeginns angeben: .....

3) **Wie wurden Ihre Schmerzen bisher 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<br>in das Schmerzgebiet | <input type="checkbox"/> Medikamentenentzug            |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur                                    | <input type="checkbox"/> Kuren                         |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie                                | <input type="checkbox"/> Heilschlaf                    |
| <input type="checkbox"/> Autogenes Training                            | <input type="checkbox"/> Chiropraktik                  |
| <input type="checkbox"/> Biofeedback                                   | <input type="checkbox"/> Röntgenbestrahlung            |
|  | <input type="checkbox"/> andere Bestrahlungen          |

Andere Therapien: .....

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

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinarzt/Prakt. Arzt                        | <input type="checkbox"/> Anaesthesist  | <input type="checkbox"/> Augenarzt     |
| <input type="checkbox"/> Schmerztherapeutische<br>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: .....

Von wie vielen Ärzten wurden Sie wegen Ihrer Schmerzen untersucht/behandelt? .....

5) **Hatten Sie Krankenhaus- und Kuraufenthalte wegen Ihrer Schmerzen?**

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

.....  
(Wenn der Platz nicht ausreicht, bitte weiter auf der Rückseite des Fragebogens oder auf einem Extrablatt)

nein

6) Welche Diagnosen wurden wegen Ihrer Schmerzen gestellt?

.....

7) Wie lange konnten Sie insgesamt wegen Ihrer Schmerzen nicht arbeiten  
(oder konnten Ihre Hausarbeit nicht voll ausführen)?

einige Tage       einige Wochen       einige Monate       mehrere Jahre

8) Bekommen Sie wegen Ihrer Schmerzen eine Rente?       ja       nein

Läuft ein Rentenantrag?       ja       nein

9) Sind Sie schon einmal operiert worden?       nein

ja, welche Operation(en): .....

wegen Schmerzen       aus anderen Gründen .....

10) Haben Sie Unfälle erlitten?

ja, welche Unfälle: .....

.....

11) Haben Sie noch andere Krankheiten?       nein

ja, welche Krankheiten: .....

.....

12) Haben sich Ihre Schmerzen im Laufe der Zeit verändert?

sie sind gleich geblieben       sie sind schwächer geworden  
 sie sind stärker geworden       sie sind häufiger geworden  
 sie sind anders geworden       sie sind seltener geworden

13) Wie und wie oft treten Ihre Schmerzen zur Zeit auf?

dauernd       etwa 1 x in der Woche  
 anfallsweise       etwa 1 x im Monat  
 täglich       ab und zu

Zu welchen Tageszeiten sind Ihre Schmerzen deutlich wahrnehmbar?

Bitte Uhrzeit(en) 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

**14) Nehmen Sie Medikamente gegen Ihre Schmerzen ein?**

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

**15) Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit gegen Ihre Schmerzen ein?**

(Bei Bedarf Extrablatt benutzen)

Name des Medikamentes: Dosis  
(Anzahl: Tropfen, Tabletten, Zäpfchen)

a) ..... pro Tag: .....

b) ..... pro Tag: .....

c) ..... pro Tag: .....

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

.....  
.....

**17) Bestehen Allergien?**

nein

ja, welche?: .....

**Liegen besondere Risikofaktoren vor?**

nein

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

**18) Was tun Sie selbst, um Ihre Schmerzen günstig zu beeinflussen?**

Bitte machen Sie genaue Angaben (z.B. Spazierengehen, Schlafen, Ablenkungen...):

.....  
.....

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

.....

20) **Wie stark werden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihrem normalen Tagesablauf eingeschränkt?**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> stark       |
| <input type="checkbox"/> etwas           | <input type="checkbox"/> fast völlig |
| <input type="checkbox"/> deutlich        |                                      |

21) **In welchen Tätigkeiten bzw. Bedürfnissen werden Sie durch Ihre Schmerzen eingeschränkt?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> berufliche/hausfrauliche Tätigkeiten                        | <input type="checkbox"/> Appetit                      |
| <input type="checkbox"/> sonstige körperliche Unternehmungen                         | <input type="checkbox"/> Lebenslust, Antrieb          |
| <input type="checkbox"/> sonstige geistige Tätigkeiten                               | <input type="checkbox"/> Sexualität                   |
| <input type="checkbox"/> Schlaf: <input type="checkbox"/> ich kann nicht einschlafen | <input type="checkbox"/> ich kann nicht durchschlafen |

22) **Wie beeinflussen die Schmerzen Ihre Stimmung?**

- meine Stimmung ist normal
- meine Stimmung ist gedrückt
- die Schmerzen machen mich aggressiv
- ich fühle mich niedergeschlagen und antriebslos
- ich fühle mich ganz hilflos und ausgeliefert

23) **Worauf sind die Schmerzen Ihrer Meinung nach zurückzuführen?**

- ich weiß es nicht .....
- Krankheit (welche?): .....
- Operation (welche?): .....
- Unfall: .....
- seelische Belastungen: .....
- andere Ereignisse (welche?): .....
- .....

24) **Welche Gedanken im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen beunruhigen Sie?**

.....

.....

25) Kreuzen Sie bitte in der folgenden Liste alle Wörter an, die Ihren Schmerz beschreiben:

- |                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> reißend      | <input type="checkbox"/> bedrückend     | <input type="checkbox"/> stechend      |
| <input type="checkbox"/> unbarmherzig | <input type="checkbox"/> stark          | <input type="checkbox"/> bedrohlich    |
| <input type="checkbox"/> beklemmend   | <input type="checkbox"/> unheilvoll     | <input type="checkbox"/> pochend       |
| <input type="checkbox"/> scharf       | <input type="checkbox"/> unerträglich   | <input type="checkbox"/> bohrend       |
| <input type="checkbox"/> scheußlich   | <input type="checkbox"/> stromstoßartig | <input type="checkbox"/> durchdringend |
| <input type="checkbox"/> schneidend   | <input type="checkbox"/> hämmernd       | <input type="checkbox"/> quälend       |
| <input type="checkbox"/> drückend     | <input type="checkbox"/> beunruhigend   | <input type="checkbox"/> pulsierend    |
| <input type="checkbox"/> lähmend      | <input type="checkbox"/> gefährlich     | <input type="checkbox"/> durchzuckend  |
| <input type="checkbox"/> schrecklich  | <input type="checkbox"/> beänstigend    | <input type="checkbox"/> brennend      |
| <input type="checkbox"/> klopfend     | <input type="checkbox"/> heiß           | <input type="checkbox"/> erschöpfend   |
| <input type="checkbox"/> ausstrahlend | <input type="checkbox"/> ziehend        | <input type="checkbox"/> zuckend       |
| <input type="checkbox"/> schwer       | <input type="checkbox"/> mörderisch     | <input type="checkbox"/> anfallsartig  |
| <input type="checkbox"/> zermürend    | <input type="checkbox"/> krampfartig    | <input type="checkbox"/> entmutigend   |

26) Spüren Sie den Schmerz eher außen oder im Körperinneren?

- eher im Körperinneren  
 eher an der Körperoberfläche  
 im Körperinneren und an der Oberfläche  
 außerhalb des Körpers (z.B. Phantomschmerz)

27) Wie stark sind Ihre Schmerzen?

Machen Sie ein Kreuz an der Stelle der Skala, die der Stärke Ihrer Schmerzen entspricht.

keine Schmerzen

stärkste vorstellbare Schmerzen

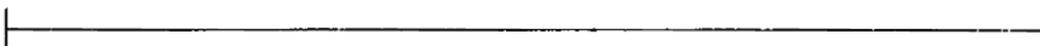


Wie stark dürfen Ihre Schmerzen gerade noch sein, daß Sie einigermaßen erträglich damit leben können?

Bitte markieren Sie diejenige Stelle auf der Skala, die für Sie bedeutet: „erträgliche Schmerzen“.

keine Schmerzen

stärkste vorstellbare Schmerzen



28) Welche der folgenden Beschwerden haben Sie außer den Schmerzen noch?

Bitte füllen Sie die Beschwerdenliste sorgfältig aus. Kreuzen Sie in jeder Zeile eines der vier Kästchen entsprechend der Stärke Ihrer Beschwerden an:

	stark (3)	mäßig (2)	kaum (1)	gar nicht (0)
Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwächegefühl .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckbeschwerden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck oder Völlegefühl im Leib .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mattigkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen oder saures Aufstoßen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grübeleien .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starkes Schwitzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuz- oder Rückenschmerzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Unruhe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe in den Beinen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen Wärme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen Kälte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßiges Schlafbedürfnis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaflosigkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken- oder Schulterschmerzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtsabnahme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© Beltz 1976

29) Bitte zeichnen Sie im Körperschema (nächste Seite) ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten.

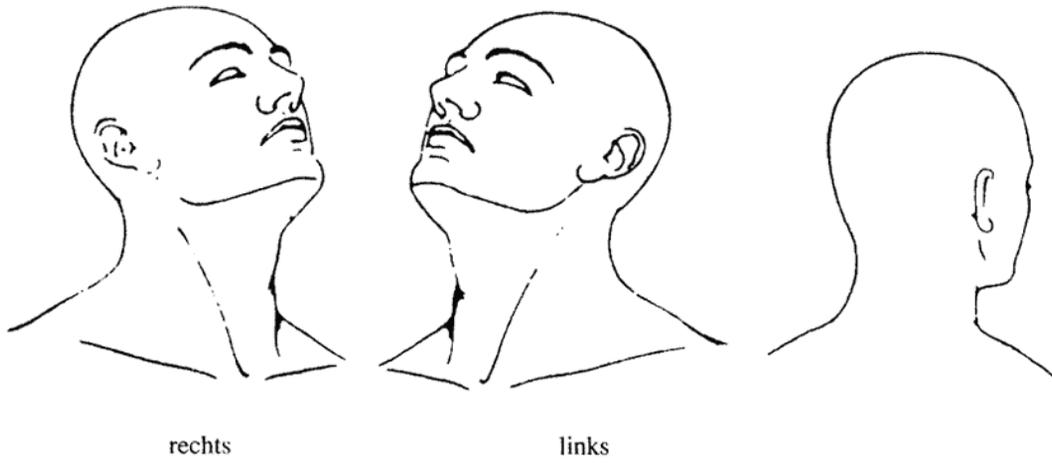
Machen Sie bitte ein Kreuz, wenn der Schmerz eher eingegrenzt oder punktförmig auftritt, wenn Sie also die Körperstelle ziemlich genau bezeichnen können.

Falls Ihre Schmerzen an diesem Punkt beginnen und in einen anderen Körperteil ausstrahlen, so zeichnen Sie dies bitte mit einem Pfeil ein.

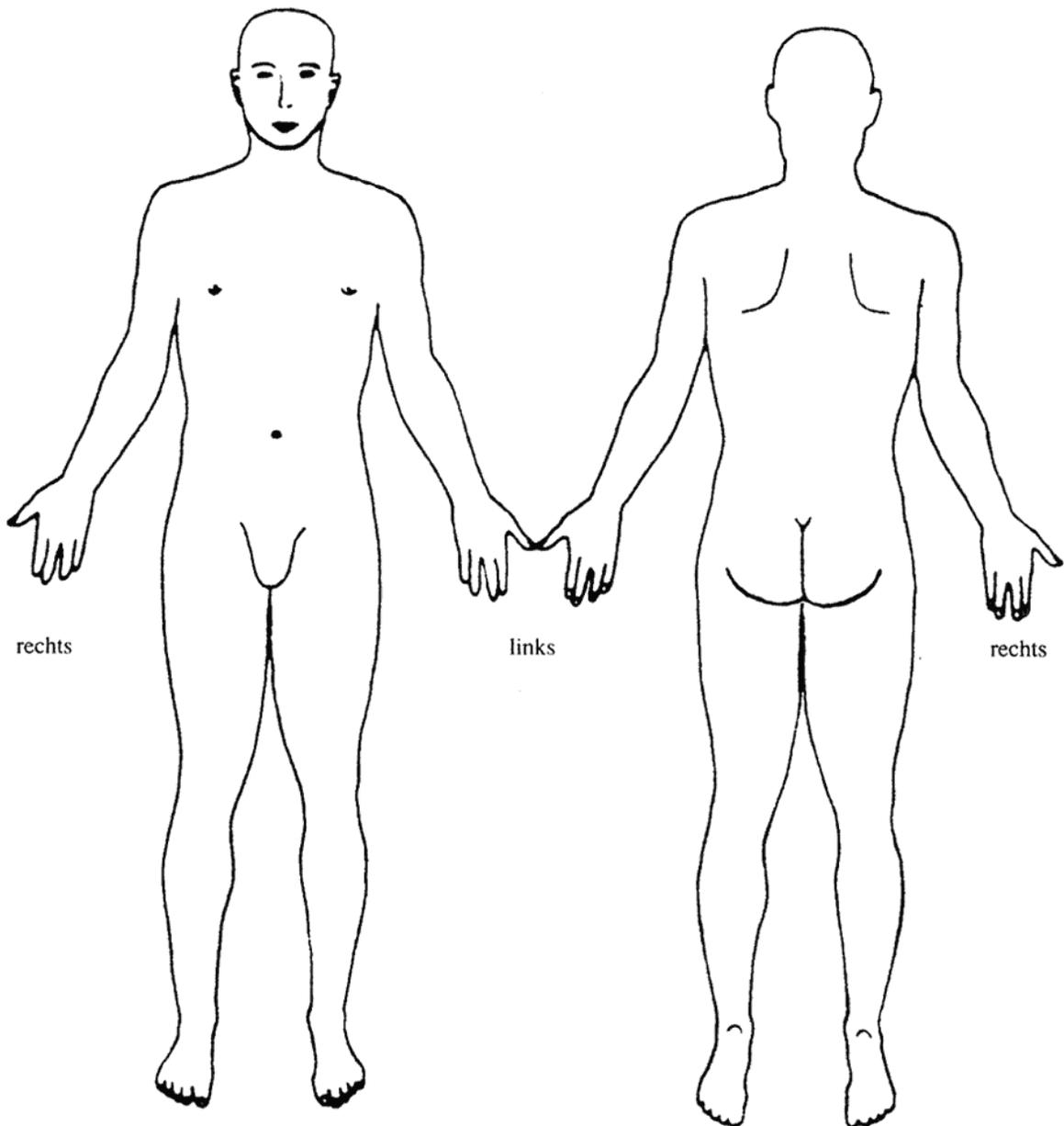
Wenn Ihre Schmerzen eher diffus sind, also nicht genau lokalisiert werden können oder über eine größere Fläche ausstrahlen, so schraffieren Sie bitte die Schmerzzone.

Falls Sie mehrere schmerzende Körperstellen bezeichnet haben, markieren Sie bitte den Schmerz, der für Sie am stärksten ist, mit einer (1) (Hauptschmerz).

Für Kopf- und Gesichtsschmerzen



Für Körperschmerzen



### 30) Wie geht es Ihnen zur Zeit?

Bitte kreuzen Sie an:

trifft gar nicht zu      trifft völlig zu

Ich muß mich sehr dazu antreiben, etwas zu tun

0	1	2	3
---	---	---	---

In letzter Zeit kommen mir öfter die Tränen

0	1	2	3
---	---	---	---

Mein Appetit ist viel schlechter als früher

0	1	2	3
---	---	---	---

Ich kann manchmal vor lauter Unruhe keine Minute mehr sitsitzen

0	1	2	3
---	---	---	---

Ich kann Nachts schlecht schlafen

0	1	2	3
---	---	---	---

Ich fühle mich innerlich leer

0	1	2	3
---	---	---	---

Ich sehe voller Hoffnung in die Zukunft

0	1	2	3
---	---	---	---

Ich fühle mich innerlich gespannt und verkrampft

0	1	2	3
---	---	---	---

In letzter Zeit regt mich jede Kleinigkeit auf

0	1	2	3
---	---	---	---

Ich habe mich in unbestimmter Weise verändert

0	1	2	3
---	---	---	---

Ich denke oft an Selbstmord

0	1	2	3
---	---	---	---

Ich bin häufig nervös und unruhig

0	1	2	3
---	---	---	---

Ich fühle mich einsam, sogar wenn ich mit Menschen zusammen bin

0	1	2	3
---	---	---	---

Ich kann so klar denken wie immer

0	1	2	3
---	---	---	---

Ich finde keinen Kontakt mehr zu anderen

0	1	2	3
---	---	---	---

Ich habe das Gefühl der Gedankenverarmung

0	1	2	3
---	---	---	---

