

SCHMERZANAMNESEBOGEN

Liebe Patienten,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, kreuzen Sie entsprechendes an und geben Sie nähere Erläuterungen. Die Angaben sind freiwillig und werden nach gültigem Datenschutz behandelt.

Name, Vorname _____ Geb.Datum/Alter _____

Tel./Mobil _____

Überweisung (durch wen?): _____

(Name, Fachrichtung) _____

Hausarzt: _____

Weitere behandelnde Ärzte:

Orthopäde: _____

Neurologe: _____

Neurochirurg: _____

Bisherige / bekannte Diagnosen (bitte Angabe, wann Diagnose gestellt wurde und von wem)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Beschwerden seit wann:

1-6 Wochen 7 Wochen -11 Wochen 3-6 Monate 6-12 Monate länger als 1 Jahr

Seit wann in Behandlung: _____

Bisherige Untersuchungen (wann, wo, welche Ergebnisse)

Röntgenbilder: _____

Kernspintomographie / Computertomographie / Myelographie: _____

Ultraschall: _____

EEG / Nervenleitgeschwindigkeits - Messung: _____

spezielle Blut-Tests: _____

Untersuchungen bei anderen Fachärzten / Spezialisten: _____

Untersuchungen bei Nicht-Ärzten, z.B. Heilpraktiker, Physiotherapeut, Masseur _____

weitere Untersuchungen: _____

Bisherige Therapie und Behandlungsversuche (z.B. Krankengymnastik, Manuelle Therapie, Akupunktur, TENS, Infusionen, Spritzenbehandlung)

(welche, mit welchem Erfolg)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Krankenhaus- und Reha – Klinik – Aufenthalte (welche, mit welchem Erfolg)

1. _____

2. _____

Bisherige Medikamente (welche, mit welchem Erfolg)

1. _____

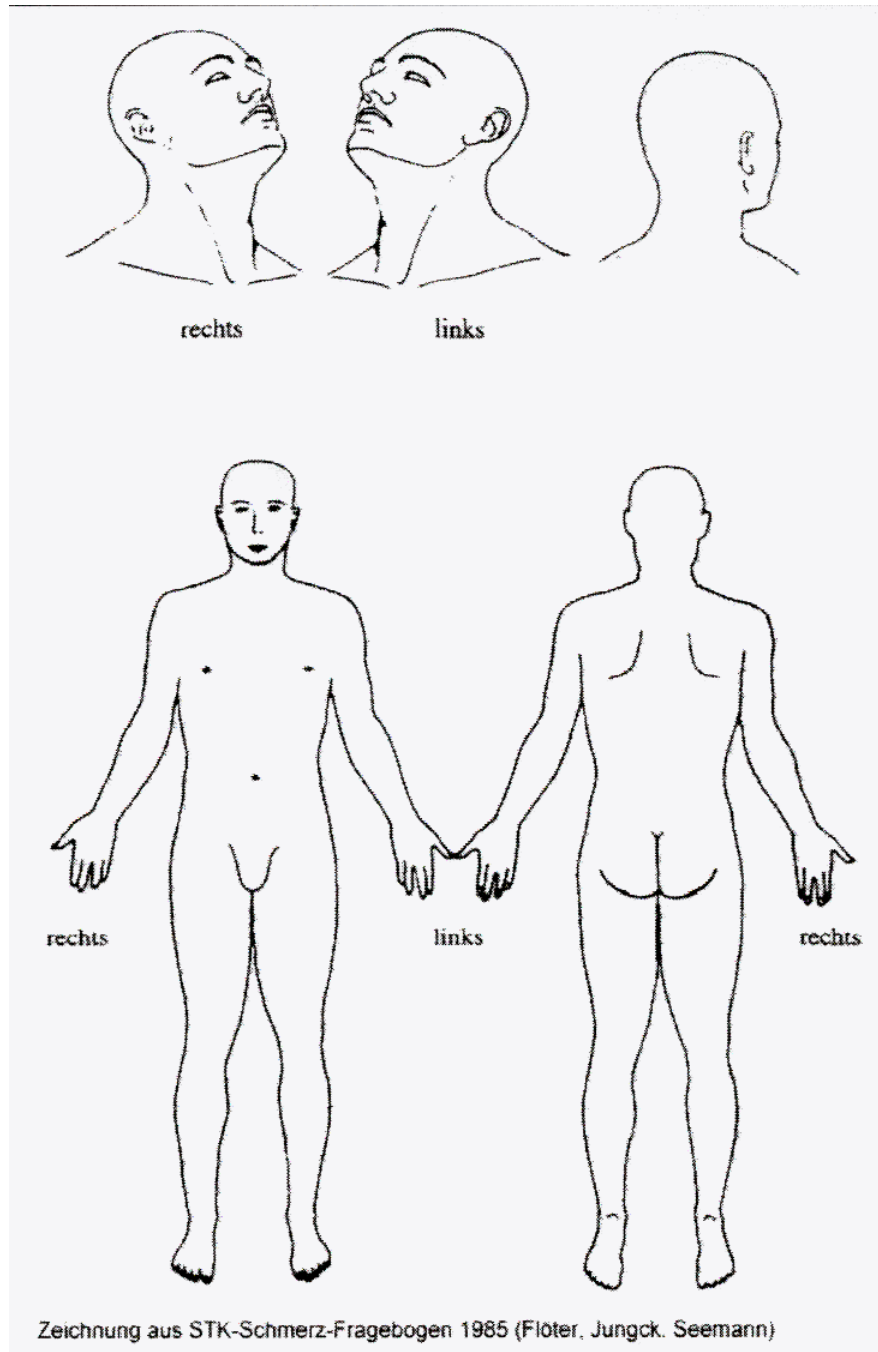
2. _____

3. _____

4. _____

Malen Sie in den nachfolgenden Körperschemata ein, wo Sie überall Schmerzen haben.

Kennzeichnen Sie das ganze Schmerzgebiet durch Schraffierung!



Versuchen Sie Ihre derzeitigen Schmerzen bzw. Beschwerden mit eigenen Worten zu beschreiben

(wo, wie, was, wann schmerzt es, durch was wird es verstärkt, wovon ist es zusätzlich abhängig?)

Genauere Angaben:

Schmerzempfindung: Bitte geben Sie für jedes der nachstehenden Wörter an, ob es für Ihre Schmerzen zutrifft?

| | | | | | | |
|--------------------------------|-----------|---|---|---|---|--------|
| dumpf, drückend | gar nicht | 0 | 1 | 2 | 3 | extrem |
| pochend, klopfend | gar nicht | 0 | 1 | 2 | 3 | extrem |
| brennend, heiß | gar nicht | 0 | 1 | 2 | 3 | extrem |
| elektrisierend, einschließend | gar nicht | 0 | 1 | 2 | 3 | extrem |
| stechend, bohrend | gar nicht | 0 | 1 | 2 | 3 | extrem |
| krampf-, kolikartig | gar nicht | 0 | 1 | 2 | 3 | extrem |
| ziehend, reißend | gar nicht | 0 | 1 | 2 | 3 | extrem |
| Schmerz bei leichter Berührung | gar nicht | 0 | 1 | 2 | 3 | extrem |
| unerträglich | gar nicht | 0 | 1 | 2 | 3 | extrem |
| erschöpfend, ermüdend | gar nicht | 0 | 1 | 2 | 3 | extrem |
| schrecklich | gar nicht | 0 | 1 | 2 | 3 | extrem |

Charakterisieren Sie Ihre Schmerzen mit den nachfolgenden Begriffen!

- Anlauf-Schmerz
 Belastungs-Schmerz
 Ruhe-Schmerz
 Nacht-Schmerz
 Dauer-Schmerz

Gibt es bestimmte Zeiten / Situationen / Tätigkeiten bei denen Ihre Schmerzen besonders stark sind?

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> am Tag | <input type="checkbox"/> in der Nacht | <input type="checkbox"/> morgens beim Aufstehen |
| <input type="checkbox"/> abends beim ins Bett gehen | <input type="checkbox"/> bei körperlicher Ruhe | <input type="checkbox"/> bei normaler Bewegung |
| <input type="checkbox"/> bei bestimmten Bewegungen | <input type="checkbox"/> bei Anstrengung/ Sport | <input type="checkbox"/> nach Anstrengung/ Sport |
| <input type="checkbox"/> in Stresssituationen / bei Aufregung | <input type="checkbox"/> in bestimmten Situationen | |

Genauere Angaben:

Gibt es bestimmte Zeiten / Situationen / Tätigkeiten bei denen Ihre Schmerzen gelindert werden?

Genauere Angaben:

Haben Sie Begleiterscheinungen, die zusammen mit Ihren Schmerzen auftreten?

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> vermehrtes Schwitzen | <input type="checkbox"/> Juckreiz |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Rötung |
| <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Muskelschwächen oder Lähmungen |
| <input type="checkbox"/> Geräuschempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Schmerzverstärkung bei Husten, Niesen oder Pressen |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit | <input type="checkbox"/> erhöhter Puls | <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck |

Sonstiges:

Wie häufig hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen?

- 0-1mal 2-4mal 4-6mal 7mal oder öfter täglich Dauerschmerzen

Wie lange dauerten die Schmerzen jeweils an?

- bis 15 Minuten bis 30 Minuten bis 2 Stunden bis 4 Stunden länger als 4 Stunden 1 oder mehrere Tage

Wie stark waren die stärksten Schmerzen in der letzten Woche? (0=kein Schmerz, 10= stärkste vorstellbare Schmerzen)

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

Wie stark waren die geringsten Schmerzen in der letzten Woche? (0=kein Schmerz, 10= stärkste vorstellbare Schmerzen)

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

Wie stark waren die Schmerzen im Durchschnitt in der letzten Woche?(0=kein Schmerz, 10= stärkste vorstellbare Schmerzen)

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

Wie ist zur Zeit Ihre Stimmung? (0=äußerst schlecht, 10=sehr gut)

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

Wie sind Ihre Aktivitäten? (0=ich kann nichts tun, 10=ich kann alles tun)

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

Wie ist Ihr allgemeines Befinden? (0=äußerst schlecht, 10=sehr gut)

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

Worauf führen Sie Ihre Schmerzen zurück?

- 1. _____
- _____
- 2. _____
- _____
- 3. _____
- _____
- 4. _____
- _____
- 5. _____
- _____

Welche Schmerstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich? (0=kein Schmerz, 10= stärkste vorstellbare Schmerzen)

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