

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.

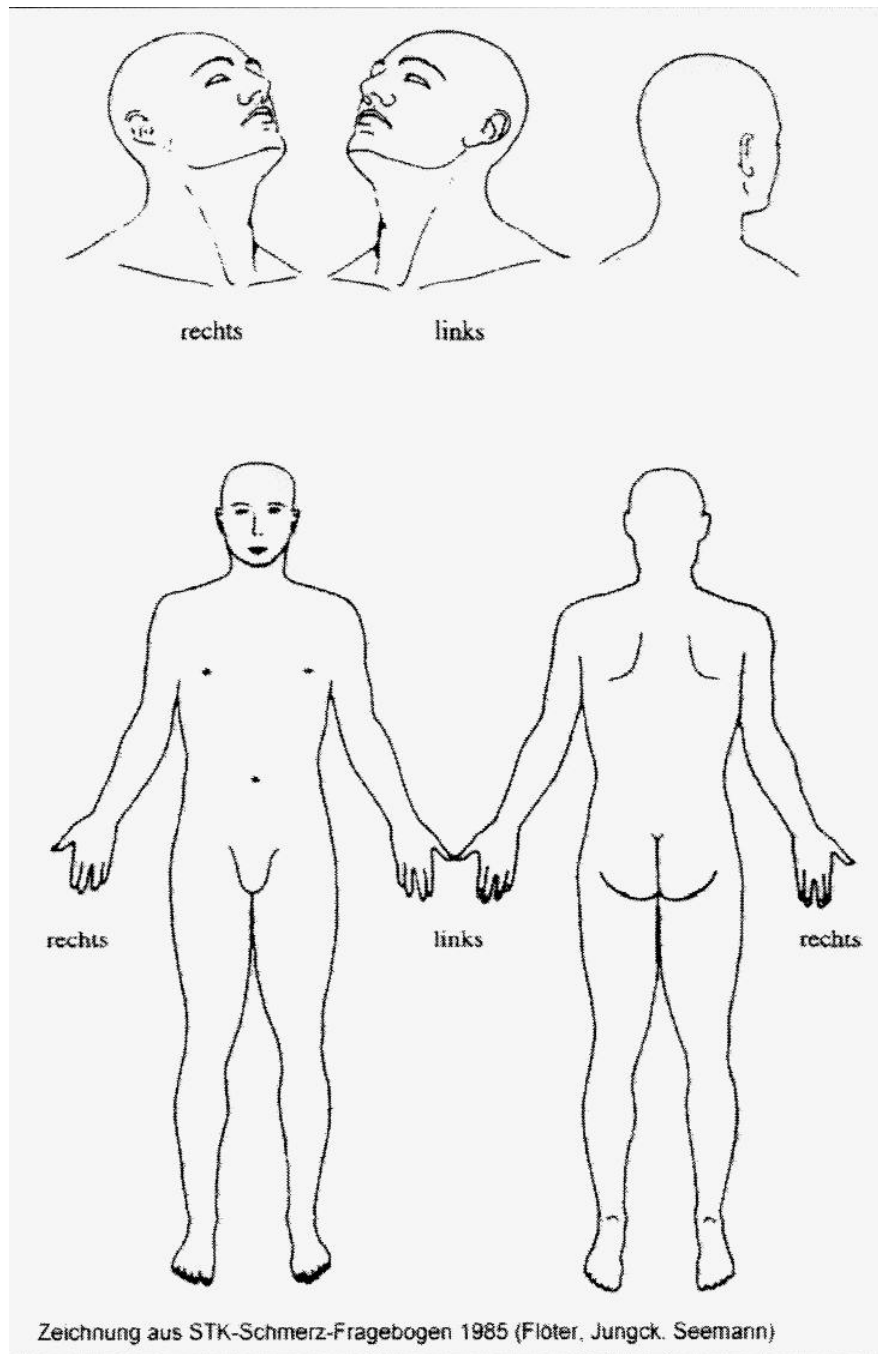
2.

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

WHO (Fünf) - FRAGEBOGEN ZUM WOHLBEFINDEN

(Version 1998)

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

<i>In den letzten zwei Wochen ...</i>	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

MyoTec

16.) Empfinden Sie Ihre Schmerzen als ...

- | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|------|--------------------------|----------------|-------|
| spitz | <input type="checkbox"/> | oder | <input type="checkbox"/> | dumpf | _____ |
| pochend/pulsierend | <input type="checkbox"/> | oder | <input type="checkbox"/> | drückend | _____ |
| schneidend | <input type="checkbox"/> | oder | <input type="checkbox"/> | reißend | _____ |
| ziehend | <input type="checkbox"/> | oder | <input type="checkbox"/> | krampfend | _____ |
| punktgenau umschrieben | <input type="checkbox"/> | oder | <input type="checkbox"/> | diffus/flächig | _____ |
| attackenhaft auftretend | <input type="checkbox"/> | oder | <input type="checkbox"/> | anhaltend | _____ |

17.) Leiden Sie unter ...

- | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|-------|
| Morgensteifigkeit? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | _____ |
| Gelenkschwellung? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | _____ |
| Gelenküberwärmung? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | _____ |
| Gelenkrötung? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | _____ |
| Fieber? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | _____ |
| Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | _____ |
| Funktionsstörungen von Blase und/oder Darm? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | _____ |
| einer umschriebenen Muskelschwäche?
(z. B. einer Fußheberschwäche, etc.) | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | _____ |
| sonstigen neurologischen Ausfällen
oder Lähmungserscheinungen? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | _____ |

18.) Spüren/empfinden Sie im Bereich Ihrer Schmerzen ... als schmerzhaft?

- | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|-------|
| ... eine leichte Berührung (z. B. durch die Bettdecke) | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | _____ |
| ... Kälte/Wärme (z. B. Badewasser) | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | _____ |

19.) Spüren/empfinden Sie im Bereich Ihrer Schmerzen mitunter ...?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|-------|
| ... ein Brenngefühl (wie Brennnesseln)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | _____ |
| ... ein Kribbel-/Prickelgefühl (wie Ameisenlaufen)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | _____ |
| ... ein Taubheitsgefühl? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | _____ |

20.) Sind Ihre Schmerzen eher ...

- | | | | | | |
|-------------------|--------------------------|------|--------------------------|------------------------|-------|
| gut lokalisierbar | <input type="checkbox"/> | oder | <input type="checkbox"/> | schlecht lokalisierbar | _____ |
| über Gelenken | <input type="checkbox"/> | oder | <input type="checkbox"/> | über Muskeln | _____ |
| nachts stärker | <input type="checkbox"/> | oder | <input type="checkbox"/> | tagsüber stärker | _____ |
| in Ruhe mehr | <input type="checkbox"/> | oder | <input type="checkbox"/> | in Ruhe weniger | _____ |
| morgens stärker | <input type="checkbox"/> | oder | <input type="checkbox"/> | morgens schwächer | _____ |

Fragen zu Ihrem Befinden

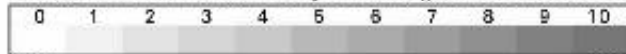
Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

- 0 Traf **gar nicht** auf mich zu
- 1 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**
- 2 Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder **ziemlich oft**
- 3 Traf **sehr stark** auf mich zu oder **die meiste Zeit**

1 Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3
2 Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3
3 Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben	0	1	2	3
4 Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3
5 Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3
6 Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3
7 Ich zitterte (z.B. an den Händen).	0	1	2	3
8 Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3
9 Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3
10 Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3
11 Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3
12 Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3
13 Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3
14 Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3
15 Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3
16 Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3
17 Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3
18 Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3
19 Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3
20 Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3
21 Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3

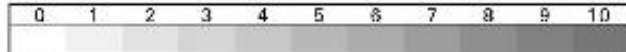
Datum: _____ Patient: **Name:** _____ **Vorname:** _____

Wie würden Sie Ihren Schmerz **jetzt** im Augenblick einschätzen?



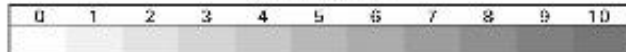
kein max

Wie stark war der **stärkste** Schmerz in den letzten 4 Wochen?



kein max

Wie stark war der Schmerz in den letzten 4 Wochen im **Durchschnitt?**



kein max

Kreuzen Sie das Bild an, welches Ihren Schmerzverlauf am besten beschreibt:



Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



Dauerschmerzen mit Schmerzattacken



Schmerzattacken dazwischen schmerzfrei



Schmerzattacken dazwischen Schmerzen

Bitte kennzeichnen Sie Ihren **Hauptsschmerzbereich**



Strahlt Ihr Schmerz in weitere Körperregionen aus? ja nein

wenn ja, dann zeichnen Sie bitte die Richtung ein, wohin der Schmerz ausstrahlt.

Leiden Sie in den eingezeichneten Bereichen an einem Brenngefühl (z.B. Brennnesseln)?

nie kaum gering mittel stark sehr stark

Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen ein Kribbel- oder Prickelgefühl (wie Ameisenlaufen, Stromkribbeln)?

nie kaum gering mittel stark sehr stark

Ist leichte Berührung (Kleidung, Bettdecke) in diesem Bereich schmerzhaft?

nie kaum gering mittel stark sehr stark

Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen blitzartig, elektrisierende Schmerzattacken?

nie kaum gering mittel stark sehr stark

Ist Kälte oder Wärme (Badewannenwasser) in diesem Bereich gelegentlich schmerzhaft?

nie kaum gering mittel stark sehr stark

Leiden Sie in den von Ihnen eingezeichneten Bereichen unter Taubheitsgefühl?

nie kaum gering mittel stark sehr stark

Löst ein leichter Druck z.B. mit dem Finger in diesem Bereich Schmerzen aus?

nie kaum gering mittel stark sehr stark

(vom Arzt auszufüllen)

x 0 = x 1 = x 2 = x 3 = x 4 = x 5 =

Score - Gesamtsumme **von 35**