

SCHMERZ FRAGEBOGEN

Bitte vollständig ausfüllen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir geben uns größte Mühe, Ihre Schmerzen zeitnah und professionell zu behandeln. Um die bestmögliche Therapie zu gewährleisten, ist es wichtig, Ihre Schmerzen zu verstehen. Hierzu gehören möglichst präzise Angaben über die Art und Dauer der Schmerzen, deren Qualität (Beschreibung), Ihre Einschränkungen, Vorbehandlungen, Medikamenteneinnahme sowie Allergien, damit die Behandlung oder Beratung an ihre individuellen Bedürfnisse angepasst wird. Da all diese wichtigen Informationen im Rahmen von Sprechstunden aus Zeitgründen kaum vollständig erfragt werden können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen vollständig auszufüllen.

UNTERTEILUNG

Der Fragebogen besteht aus mehreren Teilen, welche verschiedene Aspekte Ihrer Schmerzen, Vorbehandlungen und der Einflüsse auf Ihr Leben abdecken.

VOLLSTÄNDIGKEIT

Um eine individualisierte Behandlung gewährleisten zu können, sind wir auf Ihre vollständigen Angaben angewiesen. Häufig sind es gerade die kleinen Details (Medikamentenwechselwirkungen, Vorbehandlungen, Qualität des Schmerzes), welche man berücksichtigen muss und welche die Therapie beeinflussen. Es ist daher besonders wichtig, sich für das Ausfüllen Zeit zu nehmen.

Danke für das Ausfüllen



Dr. J. Artner



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG *

Digitale Datenspeicherung

Aus Gründen der Qualitätssicherung der Schmerztherapie werden die erhobenen Daten digital gespeichert. Etwaige Auswertungen der Daten erfolgen anonymisiert. Sie werden ausschließlich von berechtigten Mitarbeitern behandelt. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden.

Kommunikation mit weiter- und vorbehandelnden Ärzten

Vertrauen stellt eine wichtige Basis für die Behandlung dar. Wir bemühen uns, sämtliche sensible Angaben streng vertraulich zu handhaben. Dennoch ist es manchmal nötig, mit den vorbehandelnden Ärzten oder dem weiterbehandelnden (Haus)Arzt Befunde auszutauschen, einzufordern oder einen Brief über die Behandlung zuzusenden. Manchmal liegen sensible Daten vor (häusliche Gewalt, Missbrauch), welche Sie nur uns mitteilen, und deren Weitergabe Sie nicht wünschen. Ihre Daten unterliegen bei uns der Schweigepflicht. Wir nehmen Ihre Privatsphäre sehr ernst. Im entsprechenden Feld haben Sie die Möglichkeit anzugeben, wer einen Behandlungsbericht von uns erhalten darf. Weiters haben Sie die Möglichkeit anzugeben, ob Sie mit der Anforderung von Unterlagen und Befunden zur Vervollständigung unserer Unterlagen einverstanden sind.

Sogenannte "off-label"- Verwendung von allen zur Verfügung stehenden Medikamenten

In manchen Fällen ist es nötig, auf Verfahren und Medikamente zurückzugreifen, welche nicht explizit für die Behandlung von Schmerzen zugelassen sind oder deren Zulassung in Europa verzögert ist. So ist die zum Beispiel die Verwendung von Kortikoiden im Rahmen einer epiduralen Injektion in Deutschland noch nicht zugelassen, obwohl es für die Injektion in Gelenke der Extremitäten und der Wirbelsäule zugelassen ist. Besonders in der Behandlung hartnäckiger Nervenschmerzen müssen häufig Medikamentenkombinationen aus verschiedenen Gruppen verwendet werden. Mit entsprechender Unterschrift erlauben Sie uns eine breitspektrale Anwendung und Auswahl der Medikamente (kein Experimentieren). Solche Fälle werden selbstverständlich vorher zwischen Ihnen und Arzt besprochen.

Hiermit erkläre ich mich mit der digitalisierten Datenspeicherung einverstanden.

Unterschrift, Datum

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Behandler entsprechende Vorbefunde, Briefe oder Bilder von den Vorbehandlern anfordern.

Unterschrift, Datum

Der Arztbrief über meinen Aufenthalt in der Schmerztherapie sollen folgende weiterbehandelnden Ärzte erhalten:

Name, Adresse der Praxis oder des (weiter)behandelnden Arztes

Mit erweitertem Gebrauch von Medikamenten im Rahmen des "off-Label- use" erkläre ich mich einverstanden. Mir ist bewusst, dass diese kalkuliert und kritisch indiziert werden, grundsätzlich vorher mit mir vom Arzt besprochen werden und dass die Möglichkeit besteht, dass die entsprechende Krankenkasse deren Vergütung verweigern könnte und mir Kosten entstehen könnten.

Unterschrift, Datum

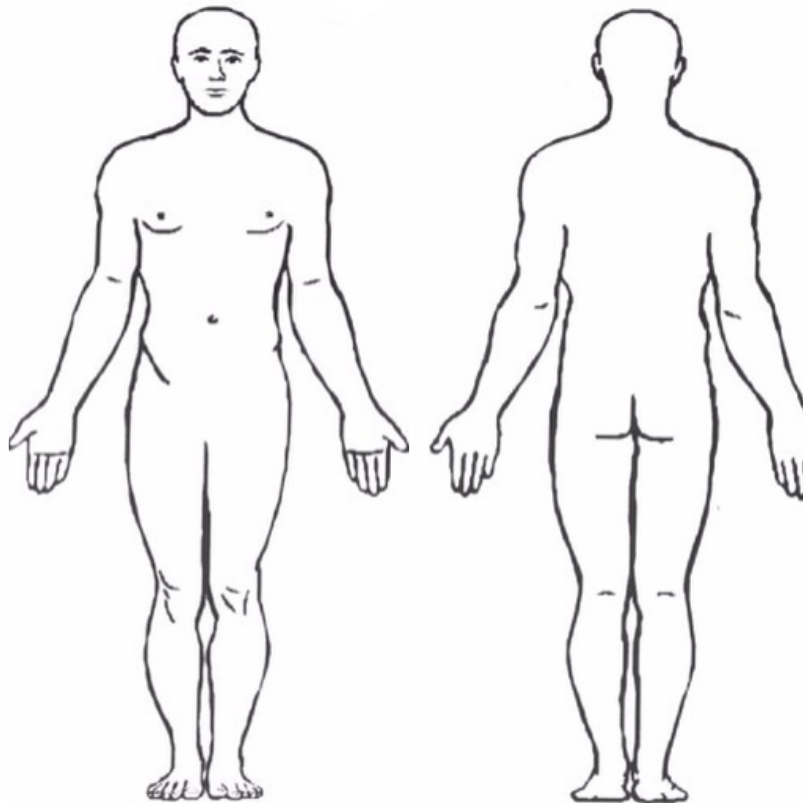
*) Entsprechende Einwilligungen können jederzeit von Ihnen widerrufen werden.

SCHMERZ FRAGEBOGEN

Bitte vollständig ausfüllen

SCHMERZBESCHREIBUNG

Bitte zeichnen Sie in den Figuren ein, wo Ihre Schmerzen sind. Falls Sie an mehreren Stellen Schmerzen haben, zeichnen Sie möglichst alle ein. Anschließend beschreiben Sie bitte Ihre Schmerzen mit eigenen Worten.



Schmerzbeschreibung:

Hauptschmerz:

Seit wann bestehen die Schmerzen?

___ Tage(n) ___ Woche(n) ___ Monate(n) ___ Jahr(en)

Wie oft treten die Schmerzen auf?

einmal täglich mehrmals täglich mehrmals wöchentlich Dauerschmerz

Wie lange dauern die Schmerzattacken/ -episoden an?

___ Sekunden ___ Minuten ___ Stunden ___ Tage

Bitte kreisen Sie auf der Skala zwischen 0-10 Ihre aktuelle Schmerzstärke ein (0- kein Schmerz, 10- höchster vorstellbarer Schmerz):



Bitte kreisen Sie auf der Skala zwischen 0-10 Ihre durchschnittliche Schmerzstärke ein (0- kein Schmerz, 10- höchster vorstellbarer Schmerz):



Wechselt die Schmerzstärke / -Intensität? häufig gelegentlich nie

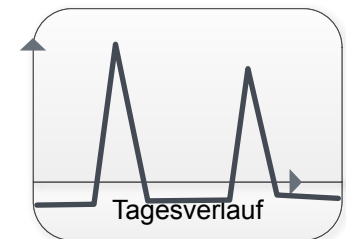
Wie verhalten sich Ihre Schmerzen im Tagesverlauf? Kreuzen Sie bitte zutreffende Schmerzkurve an.



Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



Dauerschmerzen mit starken Schwankungen



Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei



Schmerzattacken und dazwischen Dauerschmerz



Schmerzen, die im Tagesverlauf zunehmen



Fröhlichmorgens Schmerzen, im Tagesverlauf abnehmend

Bitte kreisen Sie auf der Skala zwischen 0-10 die erträgliche Schmerzstärke an, welche Sie nach der Schmerztherapie akzeptieren würden:



Welche der folgenden Beschreibungen treffen für Ihre Schmerzen zu?
 Versuchen Sie bitte zu jeder Beschreibung anzukreuzen, ob sie genau zutrifft, weitgehend, wenig oder nicht zutrifft:

| | trifft genau zu | trifft weitgehend zu | trifft ein wenig zu | trifft nicht zu |
|----------------|-----------------|----------------------|---------------------|-----------------|
| ziehend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| stechend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| bohrend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| drückend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| pochend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| dumpf | ---- | ---- | ---- | ---- |
| scharf | ---- | ---- | ---- | ---- |
| klopfend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| reißend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| brennend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| krampfartig | ---- | ---- | ---- | ---- |
| einschießend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| elektrisierend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| ameisenlaufend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| glühend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| grausam | ---- | ---- | ---- | ---- |
| quälend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| erschöpfend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| entnervend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| elend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| scheußlich | ---- | ---- | ---- | ---- |
| zermürbend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| lähmend | ---- | ---- | ---- | ---- |
| furchtbar | ---- | ---- | ---- | ---- |
| schauderhaft | ---- | ---- | ---- | ---- |
| unerträglich | ---- | ---- | ---- | ---- |

Ist Ihr Schlaf beeinträchtigt?

Ist Ihr Alltag beeinträchtigt? Wie?

Welche Einschränkungen erleben Sie

Was können Sie sich als Ursache Ihrer Schmerzen vorstellen?

z.B. Unfall, Bandscheibenleiden, oder Operation....

Was löst Ihre Schmerzen aus oder verschlimmert sie?

z.B. längeres Sitzen, Stress.....

Haben Sie das Gefühl oder die Erfahrung, Ihre Schmerzen positiv beeinflussen zu können?

- Ich kann meine Schmerzen beeinflussen
- Ich kann meine Schmerzen manchmal beeinflussen
- Ich kann meine Schmerzen gar nicht beeinflussen



VORBEHANDLUNGEN



Wie wurden Ihre Schmerzen bis heute behandelt? Bitte markieren Sie die Behandlungen und beurteilen Sie deren Wirksamkeit (Schmerzlinderung):



Sind Sie schon mal operiert worden (egal an welcher Stelle)?

| | vorübergehend | | | |
|-------------------|---------------|-----------|-----------|------|
| | wirksam | wirksam | unwirksam | |
| Krankengymnastik | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ---- |
| Massage | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ---- |
| Medikamente | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ---- |
| Wärmeanwendung | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ---- |
| Injektionen | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ---- |
| Infusionen | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ---- |
| Port | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ---- |
| Ergotherapie | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ---- |
| Rückenschule | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ---- |
| Manuelle Therapie | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ---- |
| Akupunktur | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ---- |
| TENS | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ---- |
| Rehabilitation | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ---- |
| Entspannung | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ---- |
| Psychotherapie | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ---- |
| Entzugsbehandlung | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ---- |

Prozedur / Operation / Jahr:



Bitte tragen Sie im Feld alle Medikamente ein, die Sie zur Zeit einnehmen. (Schmerzmittel, Blutdruckmittel, Hormonpräparate, Name/ Dosis/ wie oft?)

Beispiel: Novalgin 500 mg, täglich, 2 Tbl - 2 Tbl - 2 Tbl



Falls Sie früher andere Schmerzmittel genommen haben, tragen Sie diese bitte ein. Falls es ein Grund für deren Absetzen gab (Nebenwirkungen oder fehlende Wirksamkeit), tragen Sie diesen bitte auch ein.



Haben Sie Allergien auf bestimmte Medikamente?

**Welche zusätzlichen (Neben)Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?**

Beispiel: Diabetes, Rheuma, Prostatavergrößerung, Herzrhythmusstörungen

GESAMTBEFINDEN**Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

| | Überhaupt nicht | An einzelnen Tagen | An mehr als der Hälfte der Tage |
|--|--------------------|-----------------------|------------------------------------|
| Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis. | ---- [] | ----- [] | ----- [] --- |
| Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt. | ---- [] | ----- [] | ----- [] --- |
| Leichte Ermüdbarkeit. | ---- [] | ----- [] | ----- [] --- |
| Muskelverspannungen, Muskelschmerzen. | ---- [] | ----- [] | ----- [] --- |
| Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen. | ---- [] | ----- [] | ----- [] --- |
| Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen. | ---- [] | ----- [] | ----- [] --- |
| Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit. | ---- [] | ----- [] | ----- [] --- |

(C) Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999) [Auswertung: andere Angst. = a+ >3x 1/2d]

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen.)

| | Nicht beeinträchtigt | Wenig beeinträchtigt | Stark beeinträchtigt |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Bauchschmerzen | ---- [] | ----- [] | ----- [] |
| Rückenschmerzen | ---- [] | ----- [] | ----- [] |
| Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken | ---- [] | ----- [] | ----- [] |
| Menstruationsschmerzen oder -probleme | ---- [] | ----- [] | ----- [] |
| Schmerzen / Probleme beim Geschlechtsverkehr | ---- [] | ----- [] | ----- [] |
| Kopfschmerzen | ---- [] | ----- [] | ----- [] |
| Schmerzen im Brustbereich | ---- [] | ----- [] | ----- [] |
| Schwindel | ---- [] | ----- [] | ----- [] |
| Ohnmachtsanfälle | ---- [] | ----- [] | ----- [] |
| Herzklopfen oder Herzrasen | ---- [] | ----- [] | ----- [] |
| Kurzatmigkeit | ---- [] | ----- [] | ----- [] |
| Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall | ---- [] | ----- [] | ----- [] |
| Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden | ---- [] | ----- [] | ----- [] |

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? (Bitte in jeder Zeile ankreuzen.)

| | Über- haupt nicht | An einzelnen Tagen | An mehr als der Hälfte der Tage | Bei- nahe jeden Tag |
|--|-------------------------|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ----- [] |
| Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ----- [] |
| Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ----- [] |
| Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ----- [] |
| Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ----- [] |
| Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ----- [] |
| Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ----- [] |
| Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst? | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ----- [] |
| Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten | ---- [] | ----- [] | ----- [] | ----- [] |

(C) Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999)
[Auswertung: somatof. S. = >2x stark beeintr., andere d. Syndrome = 2-4x 1/2d (inkl. a/b), major d. = >4x 1/2d (inkl. a/b)]

DEMOGRAPHISCHE DATEN

Bitte geben Sie nun einige Angaben zu Ihrer Person an:

Alter _____ Körpergröße _____ Gewicht _____

Geschlecht männlich weiblich

Personenstand ledig verheiratet verwitwet geschieden

Nationalität _____ Muttersprache _____

Welche Schul(aus)bildung haben Sie? keine Ausbildung
 Volksschule / Hauptschule
 Mittlere Reife / Realschule
 Abitur / Hochschulreife

Leben Sie alleine oder im gemeinsamen Haushalt? alleine
 Freund / Freundin
 Ehepartner
 Kinder
 Eltern

Sind Sie zur Zeit berufstätig?

ja, ich arbeite als _____

nein, weil (berentet, arbeitsunfähig, arbeitssuchend...) _____

Falls Arbeitsunfähigkeit oder Berentung besteht, seit wann? _____

Besteht ein laufendes Rentenverfahren? ja nein

Planen Sie, ein Rentenverfahren oder Erwerbsminderung einzuleiten? ja nein



AUSZUFÜLLEN VOM ARZT

Kopie des Fragebogens wurde d. Pat. ausgegeben am:

Unterschrift, Datum

Ausgefüllten Fragebogen v. Pat. erhalten am:

Unterschrift, Datum

Fragebogen auf Vollständigkeit der Angaben geprüft am:

Unterschrift, Datum

THERAPIEPLANUNG / PROCEDERE

Weitere empfohlene Diagnostik

Procedere

Unterschrift, Datum