



## CharitéCentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Charité | Campus Benjamin Franklin | 12203 Berlin

Klinik für Anästhesiologie  
mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin

Direktor: Prof. Dr. Christoph Stein

Tel. +49-30 - 450 551 522  
Fax +49-30 - 450 551 939  
Anaesthesiologie-cbf@charite.de  
<http://anaesthesie.charite.de>

**Benjamin Franklin Schmerzzentrum**

Hochschulambulanz  
Tagesklinik für multimodale Schmerztherapie  
Konsiliardienst Akut-, Tumor- und chronischer  
Schmerz  
Schmerzkomplextherapie

Ltd. Arzt: OA Dr. Andreas Kopf

Sekretariat: Fr. P. Cviner  
Tel. +49-30 - 450 551 622  
Fax +49-30 - 450 551 921  
[schmerzzentrum-cbf@charite.de](mailto:schmerzzentrum-cbf@charite.de)

*Mitglied im Brust-, Endometriose- und  
Prostatakrebszentrum der Charité und  
Charité Comprehensive Cancer Center (CCCC)  
ASV gastrointestinale Tumore*

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten sich im Schmerz- und Palliativzentrum Benjamin Franklin vorstellen. Um Sie möglichst effektiv beraten und behandeln zu können, benötigen wir einige Vorinformationen, insbesondere Befunde vorausgegangener Behandlungen. Wir möchten Sie daher bitten, den beiliegenden **Fragebogen** zusammen mit allen **Befund- bzw. Arztbriefkopien** an uns zuschicken (fragen Sie Ihren Hausarzt oder überweisenden Arzt, sollten Sie keine Unterlagen haben). Dies erspart Ihnen unnötige Verzögerungen.

Sobald uns Ihre Antwort vorliegt, erhalten Sie von uns schriftlich einen Terminvorschlag. Zum ersten Termin vergessen Sie bitte nicht, einen gültigen **Überweisungsschein** mitzubringen (die „Chipkarte“ Ihrer Krankenkasse ist nicht ausreichend).

Auf der letzten Seite finden Sie die Möglichkeit anzukreuzen, für welche spezifische Behandlung Sie sich bei uns interessieren. Es ist sinnvoll, wenn die letzte Seite außerdem durch Informationen von Ihrem überweisenden Arzt ergänzt wird.

Wir sind gerne für Sie da.  
Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. C. Stein, Direktor

Dr. A. Kopf, Oberarzt

*Bitte beachten Sie, dass in unserer Hochschulambulanz keine Getränke oder Essen angeboten werden können. Getränke und Essen sind in unmittelbarer Nähe am Kiosk und in der Patienten-Cafeteria (Eingang West) und an den Automaten (Eingang Nord) erhältlich!*

# Deutscher Schmerzfragebogen\*

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankengeschichte. Sie dienen zusätzlich zu den vorhandenen medizinischen Berichten und Befunden der Klärung Ihres Krankheitsbildes und erleichtern uns schon im Vorhinein die Planung Ihrer weiteren Behandlung.

Die gewissenhafte und vollständige Beantwortung aller Fragen liegt daher in Ihrem eigenen Interesse.

Manche Fragen werden Ihnen unwichtig oder sogar „indiskret“ vorkommen und scheinen überhaupt nicht im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen zu stehen. „Schmerzen“ sind jedoch ein so umfassendes Problem, dass wir möglichst viele Einzelheiten von Ihnen erfahren müssen.

**Bitte füllen Sie den Fragebogen selbständig und ohne fremde Hilfe aus!**

Alle Daten dieses Fragebogens unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes unterworfen.

Sofern Sie durch uns behandelt werden, werden einige Daten auch in einem EDV-Dokumentationssystem abgespeichert. Diese Daten sind nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes vor einem mutwilligen Zugriff geschützt und zu diesem System haben nur unsere Mitarbeiter direkten Zugang.

\* Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (DGSS e. V.)  
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Copyright: www.dgss.org  
Version 2015.2, Juni 2015

Name: \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

### **Datenschutz**

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir, um den gesetzlichen Vorgaben zu genügen, folgende Einwilligungen von Ihnen benötigen.

#### **Einverständniserklärung**

Ich bin – im Falle einer Behandlung – mit der Abspeicherung der in dem Fragebogen erhobenen Daten in einem EDV-Dokumentationssystem einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

#### **Einverständniserklärung**

Ich bin – im Falle einer Behandlung – mit der Kommunikation und Austausch über medizinische Daten zwischen den Behandlern und mir per E-Mail einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Bitte unterschreiben Sie auch die folgende „Schweigepflichtentbindung“, sodass wir bei Bedarf Befunde und Arztbriefe für Sie anfordern können.

#### **Einverständniserklärung**

Hiermit entbinde ich die angeschriebene Institution von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Schmerzzentrum Benjamin Franklin der Charité Universitätsmedizin Berlin.

Ort, Datum

Klinik-Stempel

Unterschrift Patient/in

Schmerzkonferenzen sind Bestandteil unseres therapeutischen Konzeptes. Daran sind auch Ärzte beteiligt, die nicht unmittelbar Ihre Behandler sind. Bitte unterschreiben Sie uns daher noch folgende Erklärung.

#### **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Krankengeschichte den Mitgliedern der Benjamin Franklin Schmerzkonferenz vorgestellt wird.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Patient: \_\_\_\_\_ Datum beim Ausfüllen: 

Tag		Monat			Jahr		

1. Geburtsdatum: 

Tag		Monat			Jahr		

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

2. Geschlecht: männlich

weiblich

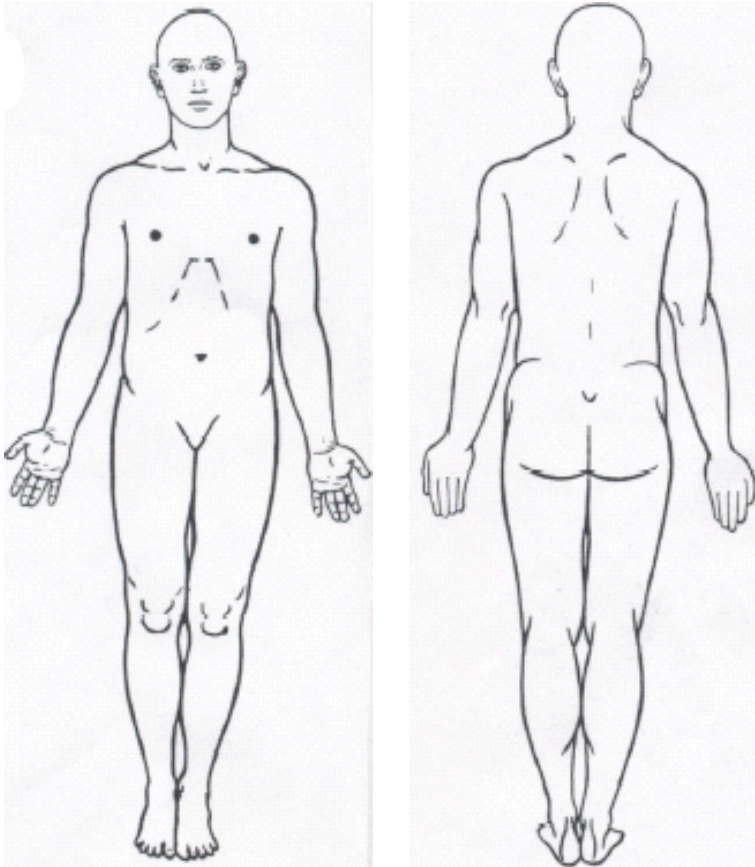
3. Körpergröße (cm): 

--	--	--	--	--	--

4. Körpergewicht (kg): 

--	--	--	--	--	--

5. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

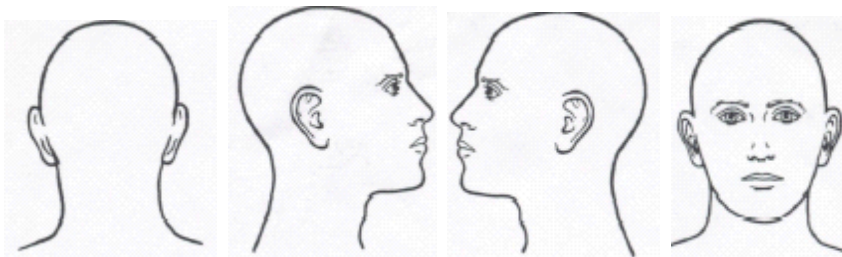
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



6. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. a) **Seit wann** bestehen diese Schmerzen?

weniger als 1 Monat

½ Jahr bis 1 Jahr

2 bis 5 Jahre

1 Monat bis ½ Jahr

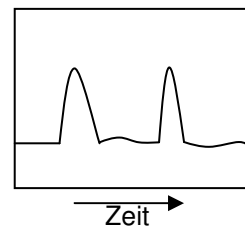
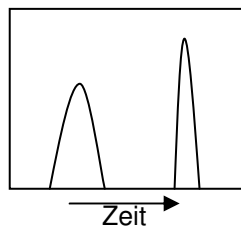
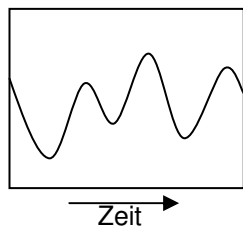
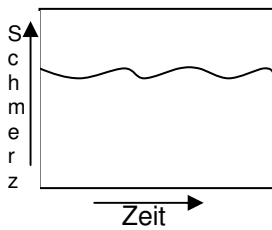
1 bis 2 Jahre

mehr als 5 Jahre

b) Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind? 

Tag		Monat			Jahr		

8. a) Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu?  
(Bitte nur **eine** Angabe machen!)



1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen

3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei

4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

b) **Wie oft** treten diese Attacken durchschnittlich auf?

- mehrfach täglich  einmal täglich  mehrfach wöchentlich   
 einmal wöchentlich  mehrfach monatlich  einmal monatlich   
 seltener:  \_\_\_\_\_

c) **Wie lange** dauern diese Attacken durchschnittlich? Sekunden  Minuten   
 Stunden  bis zu drei Tagen  länger als drei Tage

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark? Ja  nein   
 wenn ja: morgens  mittags  nachmittags  abends  nachts

10. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftsworten können Sie genauer beschreiben, **wie Sie Ihre Schmerzen empfinden**. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre **typischen Schmerzen in der letzten Zeit**.

Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie **für jedes Wort ein Kreuz**, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.

Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

3 = trifft genau zu      2 = trifft weitgehend zu      1 = trifft ein wenig zu      0 = trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als ....

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0		3	2	1	0
....dumpf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	....heiß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....drückend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	....brennend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....pochend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	....elend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....klopfend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	....schauderhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....stechend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	....scheußlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....ziehend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	....furchtbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



13. a) Auf welche **Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- für mich ist **keine Ursache** erkennbar
- auf eine bestimmte Krankheit  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- auf eine Operation  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Datum der Operation 

Tag	Monat							Jahr			
- auf einen Unfall  wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_  
 Datum des Unfalls 

Tag	Monat							Jahr			
- auf körperliche Belastung
- auf seelische Belastung
- auf eine andere Ursache  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen:

b) Sind alle diesbezüglichen **rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen** abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)? ja  nein

14. Was machen Sie selbst, um Ihre **Schmerzen günstig zu beeinflussen**?

Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ...

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen

15. **Was löst** Ihrer Erfahrung nach **die Schmerzen aus oder verschlimmert** sie?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich weiß es nicht

16. Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in der letzten Woche meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der 6-stufigen Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	5	trifft vollkommen zu
<b>Trotz der Schmerzen würde ich sagen:</b>								
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich habe mein Leben genießen können.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich habe mich richtig freuen können.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:

D: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ S: \_\_\_\_\_



18. a) **Von wem** wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht oder behandelt**?

- Keine** Behandlung
- |                                     |                                    |  |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| Allgemeinarzt <input type="radio"/> | Neurochirurg <input type="radio"/> | Psychotherapeut <input type="radio"/>  |
| Chirurg <input type="radio"/>       | Neurologe <input type="radio"/>    | Radiologe <input type="radio"/>        |
| Heilpraktiker <input type="radio"/> | Orthopäde <input type="radio"/>    | Schmerztherapeut <input type="radio"/> |
| Internist <input type="radio"/>     | Psychiater <input type="radio"/>   | Andere: _____ <input type="radio"/>    |

b) Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt? ja  nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

19. **Wie** wurden Ihre Schmerzen **bisher behandelt**?

Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob Ihre **Schmerzen** durch diese Maßnahmen zumindest zeitweise gelindert wurden.

	Erhalten: <input type="radio"/>	Wenn ja →	wirksam?	
			ja <input type="radio"/>	vorübergehend <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
bisher <b>keine</b> Schmerzbehandlung	<input type="radio"/>			
Medikamente	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infusionen	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankengymnastik	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akupunktur	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chiropraktik	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotherapie	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamenten-Entzug	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kur-/Reha-Behandlung	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes: _____	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Wurden Sie schon einmal **operiert**? ja  wie oft?  mal nein

Wichtig sind für die Beantwortung dieser Frage auch alle „kleineren operativen Eingriffe“, die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, z.B. Nasenoperationen, Gelenk- und Bauchspiegelungen. Bitte markieren Sie, welche Operation **wegen Ihrer Schmerzen** durchgeführt wurde.

Art der Operation:	Datum:	wg. Schmerz? ↓
1. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
2. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
3. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
4. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
5. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>

Tag                      Monat                      Jahr

21. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie **zurzeit** einnehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel u.s.w.)

Beispiele	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament <u>nur bei Bedarf</u>	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr <u>wie oft</u> pro Monat?
Beispiel: Ibuprofen 600	1 Tbl.	1 Tbl.	0	0		
Beispiel: Ibuprofen 200					X	ca. 7mal 1 Tbl.

Bitte hier Ihre Medikamente eintragen:	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament <u>nur bei Bedarf</u>	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr <u>wie oft</u> pro Monat?

22. **Frühere Schmerzmedikamente:** Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben. Bitte bewerten Sie auch deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen.

Ihre früheren Schmerz-Medikamente	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen?
	nein	etwas	ja	bitte beschreiben

23. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? ja  nein

wenn ja, gegen welche?	

24. Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen**? Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte. Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. „0“ bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3“ besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

<b>Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs</b> Welche Erkrankung: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine <b>Beeinträchtigung</b> starke [0] [1] [2] [3]
<b>Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks</b> z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine <b>Beeinträchtigung</b> starke [0] [1] [2] [3]
<b>Erkrankungen der Atemwege</b> z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine <b>Beeinträchtigung</b> starke [0] [1] [2] [3]
<b>Erkrankungen von Herz oder Kreislauf</b> z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine <b>Beeinträchtigung</b> starke [0] [1] [2] [3]
<b>Magen-, Darmerkrankungen</b> z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit); Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels); Zustand nach Magen- oder Darmblutung Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine <b>Beeinträchtigung</b> starke [0] [1] [2] [3]
<b>Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse</b> z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine <b>Beeinträchtigung</b> starke [0] [1] [2] [3]
<b>Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane</b> z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine <b>Beeinträchtigung</b> starke [0] [1] [2] [3]
<b>Stoffwechsel-Erkrankungen</b> z.B. Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine <b>Beeinträchtigung</b> starke [0] [1] [2] [3]
<b>Hauterkrankungen</b> z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine <b>Beeinträchtigung</b> starke [0] [1] [2] [3]
<b>Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes</b> z.B. Chronische Polyarthritis, M.Bechterew; rheumatische Muskelentzündung, Skoliose; Osteoporose; Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk; Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine <b>Beeinträchtigung</b> starke [0] [1] [2] [3]
<b>Seelische Leiden</b> z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Mager-sucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine <b>Beeinträchtigung</b> starke [0] [1] [2] [3]
<b>Andere Erkrankungen</b> _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine <b>Beeinträchtigung</b> starke [0] [1] [2] [3]
<b>Risikofaktoren</b> Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
<b>Unverträglichkeiten, Allergien</b> z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

**Modul D****Demographie, Versicherung**

D-1. Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: 

Tag	Monat						Jahr		

D-2. Geschlecht: männlich  weiblich

D-3. Körpergröße (cm): 

--	--	--	--

 Körpergewicht (kg): 

--	--	--	--

D-4. PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_  
 Handy: \_\_\_\_\_ e-mail.: \_\_\_\_\_

D-5. **Entfernung** von Ihrer Wohnung bis zu **unserer** Praxis / Klinik (in km): ca. 

--	--	--	--

D-6. Nationalität: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

D-7. Name, Adresse und Telefon-Nummer Ihres **überweisenden Arztes**:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

D-8. Name, Adresse und Telefon-Nummer der **Ärzte oder Psychotherapeuten**, die Sie zurzeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage D-7):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

D-9. Krankenversicherung für **ambulante** Behandlung: \_\_\_\_\_  
 zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse: \_\_\_\_\_

D-10. Krankenversicherung für **stationäre** Behandlung: \_\_\_\_\_

D-11. **Beihilfe**-Berechtigung: nein  ja  durch: \_\_\_\_\_

D-12. Behandlung aufgrund eines **anerkannten BG-Verfahrens** (Arbeits- oder Wegeunfall) ja  nein

D-13. Haben Sie eine **Krankentagegeldversicherung**? ja  nein

D-14. Besteht eine **Zusatzversicherung**? ja  nein

D-15. **Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt?** (Mehrfachantworten sind möglich):  
 ich lebe allein  Ehepartner/Partner  Kinder  (Schwieger-)Eltern

D-16. Welche **Schulbildung** haben Sie? keinen Abschluss  Hauptschule / Volksschule   
 Realschule / Mittlere Reife  Fachhochschulreife  Abitur / allgemeine Hochschulreife

D-17. Welche Berufsausbildung haben Sie: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Modul S Sozialrechtliche Situation

- S-1. Sind Sie zurzeit **berufstätig**? (trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind)
- ja, ich bin zurzeit berufstätig, d.h. habe einen Arbeitsplatz  → weiter bei Frage S-2
- nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig
- Ich habe zuletzt gearbeitet als (bitte eintragen): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ → weiter bei Frage S-5

### Die Fragen S-2 bis S-4 bitte beantworten, wenn Sie zurzeit berufstätig sind (auch bei Krankschreibung)

- S-2. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? \_\_\_\_\_
- S-3. Sind Sie **zurzeit arbeitsunfähig**? ja  nein
- wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können? ja  nein
- S-4. Wie viele Tage waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?
- ich war in letzten 3 Monaten an \_\_\_\_\_ Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)
- ich bin durchgehend arbeitsunfähig  seit        
Tag Monat Jahr

### Die Frage S-5 bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit **nicht** berufstätig sind.

- S-5. Wenn Sie zurzeit **nicht berufstätig** sind, sind Sie ...
- Schüler/in, Student/in  Hausfrau / Hausmann  berentet
- arbeitslos / erwerbslos  seit \_\_\_\_/\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

- S-6. Beabsichtigen Sie einen **Renten-Antrag** oder einen **Antrag auf Renten-Änderung** zu stellen? ja  nein
- Haben Sie einen **Rentenantrag** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?  
 nein  ja
- wenn ja, wegen: \_\_\_\_\_ am:      
Tag Monat Jahr
- Ist bereits ein **Rentenantrag abgelehnt** worden? ja  nein
- Befindet sich derzeit ein Rentenantrag im **Widerspruchsverfahren**? ja  nein
- S-7. Beziehen Sie **derzeit** eine **Rente**? ja  nein
- wenn ja, auf Zeit  bis wann:      
 endgültig  seit wann:      
Tag Monat Jahr
- wenn ja, Berentung welcher Art?
- |                             |                       |                            |                       |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| Vorgezogenes Altersruhegeld | <input type="radio"/> | Teilweise Erwerbsminderung | <input type="radio"/> |
| Berufsunfähigkeit           | <input type="radio"/> | Volle Erwerbsminderung     | <input type="radio"/> |
| Erwerbsunfähigkeit          | <input type="radio"/> | Unfallrente                | <input type="radio"/> |
| Erreichen der Altersgrenze  | <input type="radio"/> | Witwen- oder Waisenrente   | <input type="radio"/> |

- S-8. Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten **Grad der Behinderung?** (GdB) ja  nein  → wenn ja, wie hoch ist der GdB? \_\_\_\_\_
- Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt? ja  nein

## Modul L Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Ihre Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie gut Sie Ihre Alltagstätigkeiten ausüben können.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei der Antwort auf eine Frage unsicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich.

	aus- gezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Gesundheit bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. <b>mittelschwere Tätigkeiten</b> , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <b>mehrere</b> Treppenabsätze steigen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten?

	nein, nie	ja, selten	ja, manchmal	ja, meistens	ja, immer
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer** Probleme die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	nein, nie	ja, selten	ja, manchmal	ja, meistens	ja, immer
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben Schmerzen <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich in den vergangenen 4 Wochen gefühlt haben und wie es Ihnen ergangen ist. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
Wie oft fühlten Sie sich <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> ...						
9. ruhig und gelassen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. voller Energie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. entmutigt und traurig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Anlage zum Deutschen Schmerzfragebogen  
(Schmerz- und Palliativzentrum Benjamin Franklin)**

– Anliegen –

**Ich habe Interesse an...**

**Mein/e Patient/in hat Interesse an...**

- ... einem Beratungsgespräch
- ... einer Mitbehandlung
- ... einer Vorstellung in der Schmerzkonzferenz (Anwesenheit des Überweisers erforderlich)
- ... einer dreiwöchigen Tagesklinik für multimodale Schmerzmedizin

– vom/n überweisenden/r Ärztin/Arzt auszufüllen –

**Anamnese**

**Körperliche Befunde**

**(Arbeits-)Diagnose(n)**

**Fragestellung**

Ort, Datum

Unterschrift