

Sehr geehrte / r Frau / Herr

Sie möchten sich im Benjamin Franklin Schmerz-Zentrum vorstellen. Um Sie möglichst effektiv beraten und ggf. 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 zurückzuschicken (fragen Sie Ihren Hausarzt, sollten Sie keine Unterlagen haben). Dies erspart Ihnen unnötige Verzögerungen.

Sobald uns Ihre Antwort vorliegt, erhalten Sie von uns schriftlich einen Terminvorschlag. Sollten bestimmte Termine von Ihnen von vornherein nicht wahrzunehmen sein, vermerken Sie dies bitte auf dem Schmerzfragebogen. Zum ersten Termin vergessen Sie bitte nicht, einen gültigen **Überweisungsschein** (ausschließlich vom Internisten, Allgemeinmediziner, Orthopäden, Neurologen oder Chirurgen) mitzubringen (die „Chipkarte“ ist nicht ausreichend).

Wir sind gern für Sie da. Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. C. Stein, Direktor

Dr. A. Kopf, Oberarzt

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.

^{Ω*} gemäß Deutscher Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS e. V.)

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	Patienten-Unterschrift

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

Einverständniserklärung		
Hiermit entbinde ich die angeschriebene Institution von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Benjamin Franklin Schmerz-Zentrum der Charité - Universitätsmedizin Berlin.		
.....		
Ort, Datum	Klinik-Stempel	Patienten-Unterschrift

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 Schmerz-Konferenz vorgestellt und mein Name in den per E-mail an den geschlossenen Verteiler versendeten Schmerzkonferenzeinladungen erwähnt werden kann.	
.....	
Ort, Datum	Patienten-Unterschrift

Nachname:.....	Vorname:.....
----------------	---------------

Geburtsdatum:..... Geschlecht: männlich weiblich

PLZ:..... Wohnort:..... Straße:.....

Tel.:..... Versicherung:.....

Körpergröße (in cm):..... Körpergewicht (in kg):.....

Name, Adresse und Tel.-Nr. des **überweisenden Arztes**:

.....

Name, Adresse und Tel.-Nr. des **Hausarztes** (wenn nicht der überweisende Arzt):

.....

▶ Bitte versuchen Sie hier, Ihre Schmerzen mit **Ihren eigenen Worten** zu beschreiben
(z. B. „ziehender oder brennender oder pochender Schmerz, von der Schulter beginnend,
in den Unterarm ausstrahlend; verstärkt sich bei Bewegung der Schulter“).

.....
.....
.....
.....

▶ Seit wann bestehen Ihre Hauptschmerzen? Monat..... Jahr.....

▶ Haben sich Ihre Hauptschmerzen im Laufe der Zeit verändert?

	zunehmend	gleich bleibend	abnehmend
Schmerzstärke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzdauer (Anfallsdauer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auftretenshäufigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzausdehnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▶ Hat sich die Art Ihrer Schmerzen zwischenzeitlich verändert? ja nein
wenn ja, wie:

.....

▶ Zu welcher Tageszeit sind Ihre Hauptschmerzen am schlimmsten?

morgens vor dem Aufstehen	<input type="checkbox"/>	nach dem Aufstehen	<input type="checkbox"/>
mittags	<input type="checkbox"/>	nachmittags	<input type="checkbox"/>
abends	<input type="checkbox"/>	nachts	<input type="checkbox"/>
meine Schmerzen sind nicht von der Tageszeit abhängig			<input type="checkbox"/>

▶ Wie häufig treten Ihre Hauptschmerzen auf?

- wenige Male pro Jahr
- wenige Male pro Monat
- mehrmals pro Woche
- einmal täglich
- mehrmals täglich
- meine Schmerzen sind dauernd vorhanden
- meine Schmerzen treten vorwiegend in Abhängigkeit von körperlicher Belastung auf
- meine Schmerzen treten vorwiegend in Abhängigkeit von seelischer Belastung auf

▶ Welche der Aussagen trifft auf Ihre Hauptschmerzen zu?

- meine Schmerzen sind dauernd vorhanden
- meine Schmerzen treten nur Anfallsweise auf, dazwischen bin ich schmerzfrei
- meine Schmerzen sind andauernd vorhanden, aber mit zusätzlichen Anfällen

▶ Wenn Sie anfallsartige Schmerzen haben, wie lange dauern diese gewöhnlich an?

- Sekunden oder Minuten
- Stunden
- Tage
- länger als 1 Woche

▶ Markieren Sie bitte auf der unten abgebildeten Linie die Stärke Ihrer Hauptschmerzen, indem Sie auf eine der angegebenen Zahlen entsprechend der Stärke Ihrer Schmerzempfindung ein Kreuz machen. „0“ bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben, „10“ bedeutet nicht stärker vorstellbare Schmerzen, die Zahlen dazwischen geben abgestufte Stärken an:

Kreuzen Sie zunächst Ihre *typische* Schmerzstärke an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Schmerzen										stärkster vorstellbarer Schmerz

Kreuzen Sie jetzt bitte Ihre *maximale* Schmerzstärke an :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Schmerzen										stärkster vorstellbarer Schmerz

Geben Sie jetzt an, welche Schmerzstärke für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich wäre:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Schmerzen										stärkster vorstellbarer Schmerz

Geben Sie jetzt bitte Ihre momentane Schmerzstärke (beim Ausfüllen des Fragebogens) an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Schmerzen										stärkster vorstellbarer Schmerz

▶ Geben Sie hier bitte an, ob und wie Ihre Schmerzstärke wechselt:

- meine Schmerzstärke wechselt häufig
- meine Schmerzstärke wechselt gelegentlich
- meine Schmerzstärke wechselt niemals

Nachname:.....	Vorname:.....
----------------	---------------

▸ Wurden Sie wegen Ihrer Schmerzen schon einmal operiert (wie oft insgesamt: mal):

Art der Operation:	Datum:	schmerzfremde Zeit:
1.
2.
3.

▸ Geben Sie möglichst alle Medikamente an, die Sie in den letzten 2 Jahren eingenommen haben. Geben Sie auch an, ob Sie die Medikamente regelmäßig oder „nach Bedarf“ einnehmen:

Medikament:	Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen):	Dosierung:	Zeitraum:
z.B. <i>Aspirin</i>	<i>Tabl. 500 mg</i>	<i>3x1 pro Tag</i>	<i>Jan. 99-Jun.01</i>
1.
2.
3.
4.
5.

▸ Haben Sie einen Medikamenten-Entzug gemacht? ja nein

Wenn ja, wann und wo?.....

▸ Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? ja nein

Wenn ja, gegen was?.....

▸ Haben Sie Schlafstörungen? ja nein Wenn ja, können Sie:

Wegen Ihrer Schmerzen nicht ein- bzw. durchschlafen.....

Unabhängig von Ihren Schmerzen nicht ein- bzw. durchschlafen.....

▸ Beabsichtigen Sie, einen Rentenantrag zu stellen? ja nein

Ich habe am..... einen Rentenantrag gestellt wegen.....

Ich beziehe seit..... Rente auf Zeit bis..... wegen.....

Ich bin bereits endgültig berentet wegen.....

▸ Sind Ihre Schmerzen Folge eines Arbeitsunfalls? Ja nein

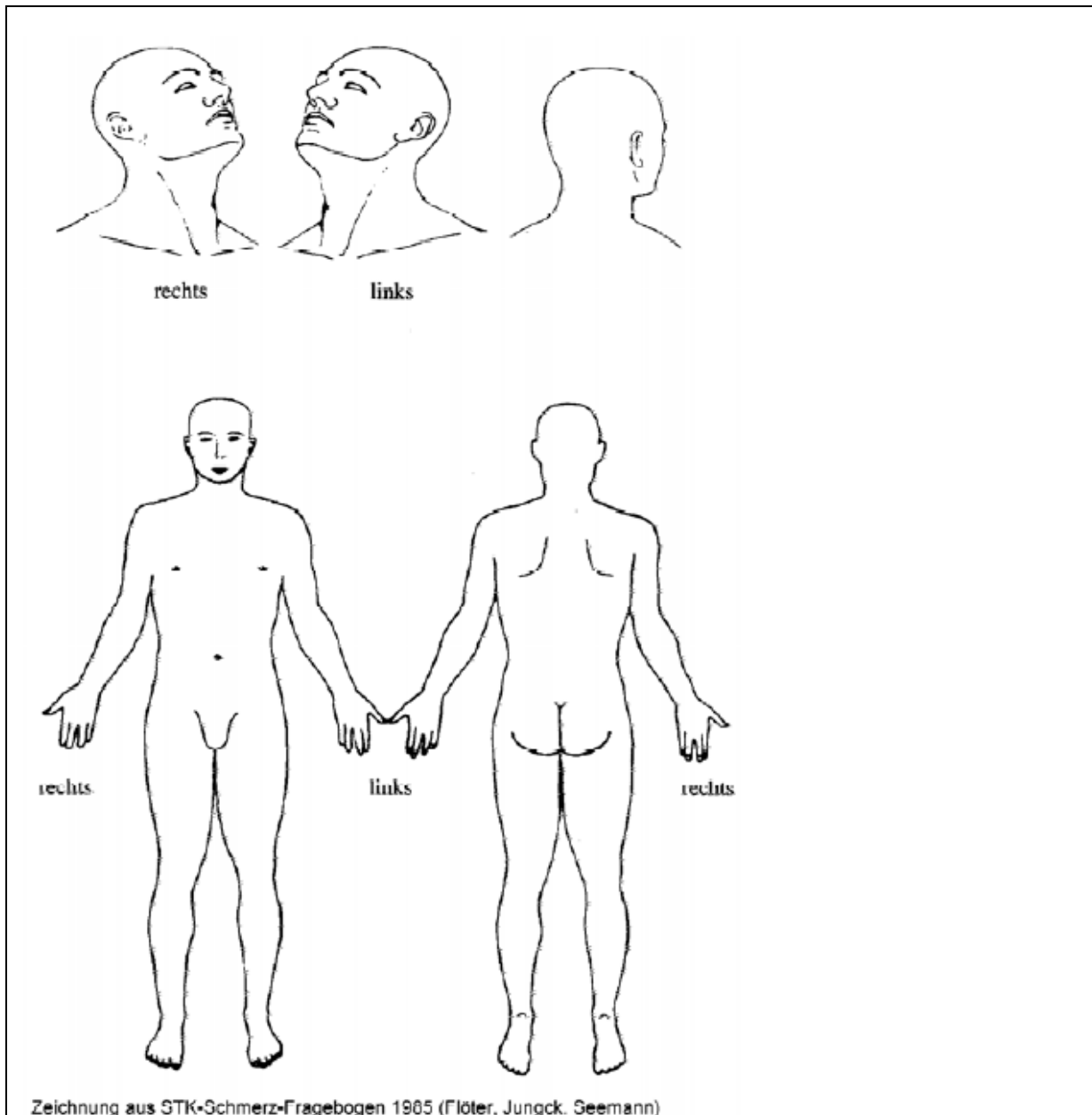
▸ Wie oft haben Sie Ihren Hausarzt wegen nicht erfolgreicher Behandlung gewechselt: mal

Ich habe keinen persönlichen Arzt und konsultiere immer verschiedene Ärzte Ja nein

▸ Bitte notieren Sie hier Ihre Krankenhaus- bzw. Kurbehandlungen wg. der Schmerzen:

Klinikname:	Adresse:	Zeitraum:
1.
2.
3.
4.

▶ Bitte markieren Sie die Körperregionen, in denen Sie den Schmerz empfinden:



Bitte benutzen Sie unterschiedliche Schraffuren und Farben, um verschiedene Beschwerdearten besser deutlich zu machen ! Sie können hier auch gerne noch Kommentare anfügen:

.....

.....

.....

.....

.....

Nachname:.....

Vorname:.....

**Die nachfolgenden Aussagen dienen der näheren Beschreibung Ihrer Schmerzempfindung. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, ob die vorgegebene Empfindung für Ihre Schmerzen stimmt. Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:
4 = trifft genau zu, 3 = trifft weitgehend zu, 2 = trifft ein wenig zu, 1 = trifft nicht zu.**

▶ Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die für Sie am besten zutrifft. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz und lassen Sie bei der Beantwortung keine Aussage aus. Beziehen Sie sich bei der Beurteilung bitte auf die typischen Schmerzen der letzten ca. 3 Monate.

		trifft genau zu	trifft weit- gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
1.	Ich empfinde meine Schmerzen als quälend	4	3	2	1
2.	Ich empfinde meine Schmerzen als grausam	4	3	2	1
3.	Ich empfinde meine Schmerzen als erschöpfend	4	3	2	1
4.	Ich empfinde meine Schmerzen als heftig	4	3	2	1
5.	Ich empfinde meine Schmerzen als mörderisch	4	3	2	1
6.	Ich empfinde meine Schmerzen als elend	4	3	2	1
7.	Ich empfinde meine Schmerzen als schauderhaft	4	3	2	1
8.	Ich empfinde meine Schmerzen als scheußlich	4	3	2	1
9.	Ich empfinde meine Schmerzen als schwer	4	3	2	1
10.	Ich empfinde meine Schmerzen als entnervend	4	3	2	1
11.	Ich empfinde meine Schmerzen als marternd	4	3	2	1
12.	Ich empfinde meine Schmerzen als furchtbar	4	3	2	1
13.	Ich empfinde meine Schmerzen als unerträglich	4	3	2	1
14.	Ich empfinde meine Schmerzen als lähmend	4	3	2	1
15.	Ich empfinde meine Schmerzen als schneidend	4	3	2	1
16.	Ich empfinde meine Schmerzen als klopfend	4	3	2	1
17.	Ich empfinde meine Schmerzen als brennend	4	3	2	1
18.	Ich empfinde meine Schmerzen als reißend	4	3	2	1
19.	Ich empfinde meine Schmerzen als pochend	4	3	2	1
20.	Ich empfinde meine Schmerzen als glühend	4	3	2	1
21.	Ich empfinde meine Schmerzen als stechend	4	3	2	1
22.	Ich empfinde meine Schmerzen als hämmernd	4	3	2	1
23.	Ich empfinde meine Schmerzen als heiß	4	3	2	1
24.	Ich empfinde meine Schmerzen als durchstoßend	4	3	2	1

Die folgenden sieben Fragen sollen den Grad der Einschränkung beschreiben, den Sie in einigen Aspekten Ihres Lebens durch Ihre Schmerzen erfahren.

▸ In anderen Worten ausgedrückt: Wir möchten gerne wissen, wie stark Ihre Schmerzen Sie davon abhalten, die Dinge zu tun, die Sie normalerweise tun würden. Gemeint ist die typische Beeinträchtigung Ihres Lebens und nicht nur die Beeinträchtigung in Momenten, in denen die Schmerzen gerade am schlimmsten sind. Kreuzen Sie bitte die entsprechende Zahl an.

0 = keinerlei Einschränkung, 10 = schmerzbedingt völlige Verhinderung von Aktivität

Frage 1 "Familiäre und häusliche Verpflichtungen"

Diese Frage bezieht sich auf Aktivitäten "zu Hause" und in der Familie. Es geht um Haushaltsarbeiten, Gartenarbeit, Einkaufen, die Kinder zur Schule bringen und ähnliches:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Einschränkung										
völlig unmöglich										

Frage 2 "Erholung"

Diese Frage meint Hobbys, Sport und ähnliches:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Einschränkung										
völlig unmöglich										

Frage 3 "soziale Aktivitäten"

Diese Frage bezieht sich auf Freunde und Bekannte, auf das "Ausgehen" zu Feiern, ins Theater, Restaurant usw.:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Einschränkung										
völlig unmöglich										

Frage 4 "Beruf"

Diese Frage bezieht sich auf alle beruflichen Aktivitäten:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Einschränkung										
völlig unmöglich										

Frage 5 "Sexualleben"

Diese Frage meint, inwieweit Ihr Sexualleben durch die Schmerzen behindert wird:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Einschränkung										
völlig unmöglich										

Frage 6 "Selbstversorgung"

Diese Frage meint tägliche Tätigkeiten wie z.B. duschen, Autofahren, sich anziehen usw.:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Einschränkung										
völlig unmöglich										

Frage 7 "Lebensnotwendige Tätigkeiten"

Diese Frage bezieht sich auf lebenswichtige Tätigkeiten wie z.B. essen, schlafen, atmen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Einschränkung										
völlig unmöglich										

Nachname:.....

Vorname:.....

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht bzw. entsprochen hat.

		selten (< 1 Tag)	manchmal (1-2 Tage)	öfters (3-4 Tage)	meistens (5-7 Tage)
	Während der letzten Woche...				
1.	haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen				
2.	hatte ich kaum Appetit				
3.	konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie aufzumuntern versuchten				
4.	kam ich mir genauso gut vor wie andere				
5.	hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren				
6.	war ich deprimiert/niedergeschlagen				
7.	war alles anstrengend für mich				
8.	dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft				
9.	dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag				
10.	hatte ich Angst				
11.	habe ich schlecht geschlafen				
12.	war ich fröhlich gestimmt				
13.	hab ich weniger als sonst geredet				
14.	fühlte ich mich einsam				
15.	waren die Leute unfreundlich zu mir				
16.	habe ich das Leben genossen				
17.	musste ich weinen				
18.	war ich traurig				
19.	hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können				
20.	konnte ich mich zu nichts aufraffen				

Bitte füllen Sie diese Beschwerdenliste sorgfältig aus. Machen Sie ein Kreuz in eine der vier Spalten rechts entsprechend der Stärke Ihrer Beschwerden. Beantworten Sie alle Punkte, lassen Sie keinen aus!

Ich leide unter folgenden Beschwerden:	stark	mäßig	kaum	gar nicht
Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals				
Kurzatmigkeit				
Schwächegefühl				
Schluckbeschwerden				
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust				
Druck oder Völlegefühl im Leib				
Mattigkeit				
Übelkeit				
Sodbrennen oder saures Aufstoßen				
Reizbarkeit				
Grübeleien				
Starkes Schwitzen				
Kreuz- oder Rückenschmerzen				
Innere Unruhe				
Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen				
Unruhe in den Beinen				
Überempfindlichkeit gegen Wärme				
Überempfindlichkeit gegen Kälte				
Übermäßiges Schlafbedürfnis				
Schlaflosigkeit				
Schwindelgefühl				
Zittern				
Nacken- oder Schulterschmerzen				
Gewichtsabnahme				