

Deutscher Schmerz-Fragebogen
Schmerztherapeutische Praxis:
Dr. Hannah Gorre

Liebe/r Patient/in!

Sicher haben Sie selbst schon erlebt wie schwierig es ist, Ihrem Arzt eine genaue Beschreibung Ihrer Schmerzen zu geben. Er ist jedoch darauf angewiesen, genau zu erfahren, wie Ihre Schmerzen beschaffen sind und wie Sie auf die Schmerzbehandlung ansprechen.

Ihre Angaben in diesem Fragebogen dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gespräches und der Basisuntersuchung. In Ihrem eigenen Interesse möchten wir Sie deshalb bitten, alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten.

Bitte beantworten Sie **alle** Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen. Sollten Sie für Ihre Angaben mehr Platz benötigen, so verwenden Sie bitte ein zusätzliches Blatt Papier und notieren Sie auf diesem die Nummer der Frage, auf die sich Ihre Angaben beziehen!

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Bearbeitung Ihrer Angaben bei Ihrem Arzt entspricht den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Ihre Angaben werden in einem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, das nur berechtigten Mitarbeitern zugänglich ist. Diese unterliegen der Schweigepflicht.

Schmerzzentren und Schmerztherapeuten streben eine kontinuierliche Verbesserung der medizinischen Versorgung an. Hierzu werden regelmäßig Daten durch ein unabhängiges Institut zur Qualitätsprüfung herangezogen. Zur Wahrung Ihrer Patientenrechte werden diese Daten pseudonymisiert, d.h. sie können keiner bestimmten Person zugeordnet werden. (siehe unten).

Zur Aufzeichnung, Bearbeitung und Speicherung Ihrer Daten benötigt Ihr Arzt Ihr Einverständnis, darum ist Ihre Unterschrift unter der nachfolgenden Erklärung für Ihre Behandlung sehr wichtig. Natürlich können Sie dieses Einverständnis jederzeit widerrufen, doch müssen Sie wissen, dass eine sinnvolle medizinische Therapie ohne kontinuierliche Evaluation wenig sinnvoll und selten erfolgreich durchgeführt werden kann.

Name: _____ **Vorname:** _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____ kg

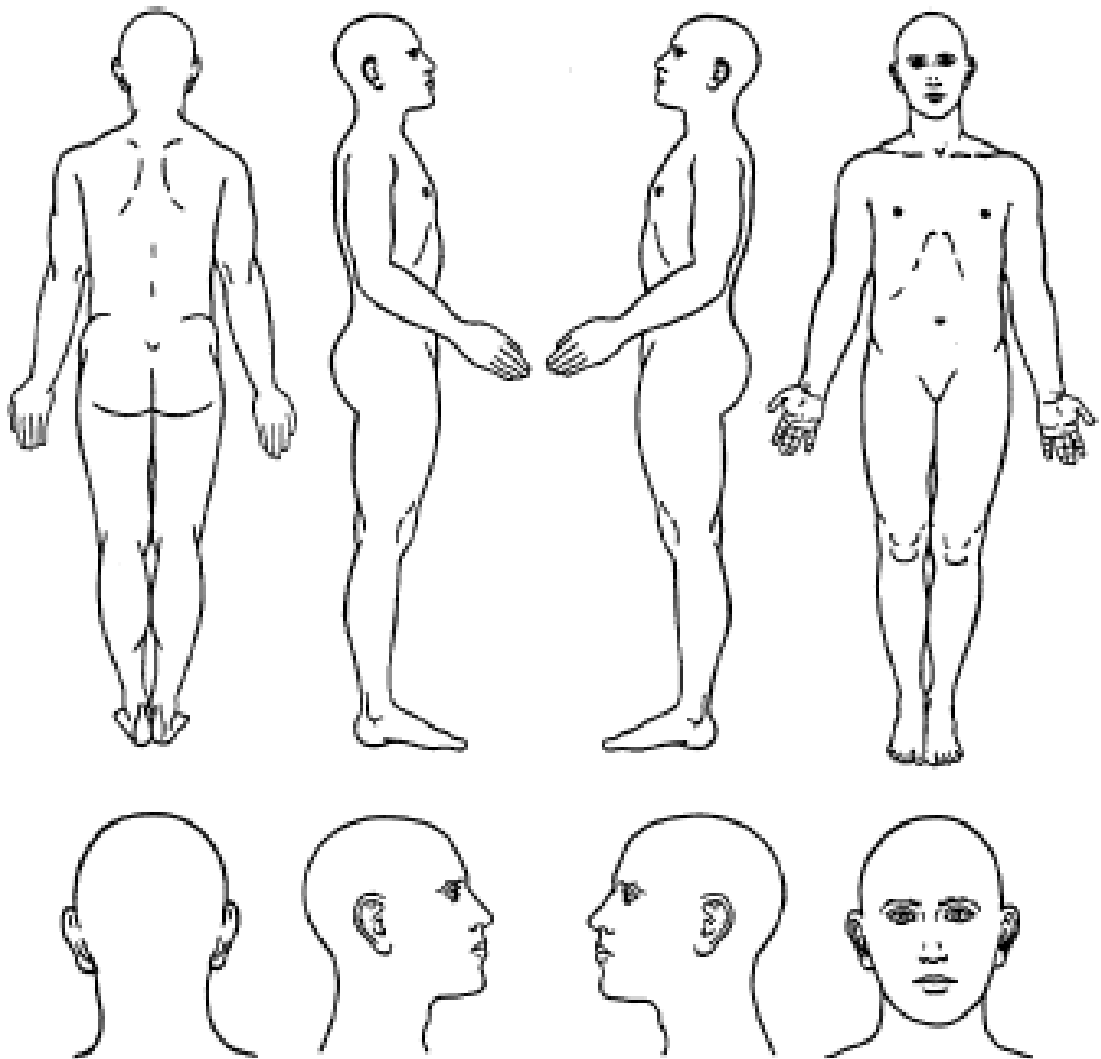
Geburtsdatum: _____ **Alter:** _____ Jahre

Beruf: _____

1. Wegen welcher **Schmerzen** kommen Sie **hauptsächlich zur Behandlung**?

2. Bitte zeichnen Sie Ihr Körperschema ein, an welche Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten.

Für Körperschmerzen



3. Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen **mit Ihren eigenen Worten**. (z.B. ziehender oder brennender oder pochender Schmerz, in der Schulter beginnend, in den Unterarm ausstrahlend; verstärkt bei Bewegung“):

4. Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?

Weniger als 1 Monat

6 Mon.-1 Jahr

2 bis 5 Jahre

1 Monat bis ½ Jahr

1 bis 2 Jahre

mehr als 5 Jahre

Können Sie ein genaues Datum angeben? _____

5. Haben Sie **ein einziges Schmerzbild** oder können Sie **mehrere verschiedene Schmerzbilder** /z.B. Kreuz- und Knieschmerzen; verschiedene Kopf- und Gesichtsschmerzen) voneinander unterscheiden?

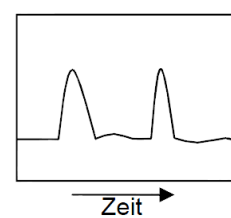
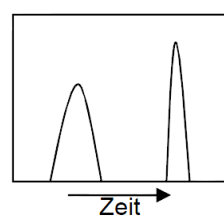
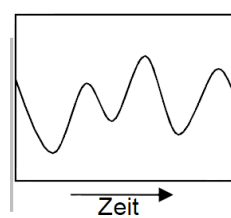
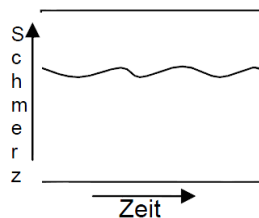
Ein Schmerzbild

zwei Schmerzbilder

Mehrere Schmerzbilder

6. Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu?

----- Dauerschmerzen ----- Schmerzattacken -----



Mit leichten Schwankungen

mit starken Schwankungen

dazwischen schmerzfrei

auch dazwischen Schmerzen

Wenn Sie unter Schmerzen leiden,

.....**wie lange** dauert dann durchschnittlich eine Schmerzattacke?

Sekunden/Minuten

Stunden

Bis zu drei Tagen

Länger als drei Tage

....**wie** oft treten Ihre Schmerzattacken zur Zeit auf?

Mehrfach täglich

Einmal täglich

Mehrfach wöchentlich

Einmal wöchentlich

Mehrfach monatlich

Einmal monatlich

Seltener, wie oft pro Jahr _____

7. **Seit wann** bestehen Ihre Hauptschmerzen in ihrer **heutigen Stärke und Ausprägung**?

von Beginn an

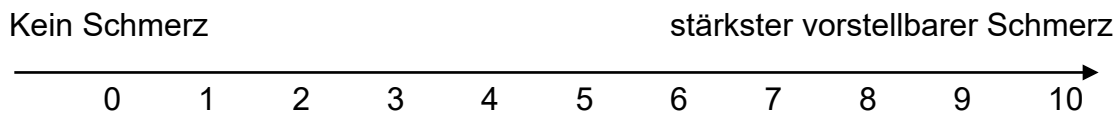
seitWochen

bzw. Monaten

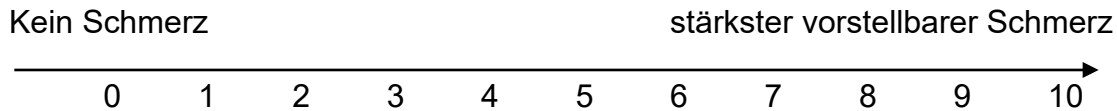
bzw.....Jahren

8. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer jeweiligen Schmerzen** an. Kreuzen Sie **auf den unten aufgeführten Linien an**, wie stark Ihre Schmerzen (auch unter Ihrer üblichen Medikation) empfinden. Die Zahlen können Ihnen bei der Einteilung helfen: Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

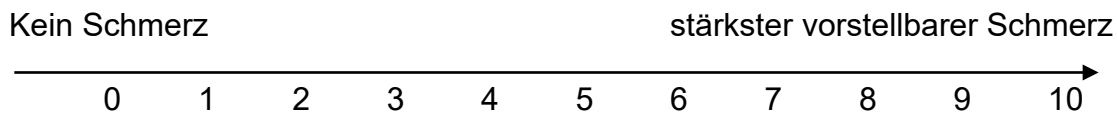
1. Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:



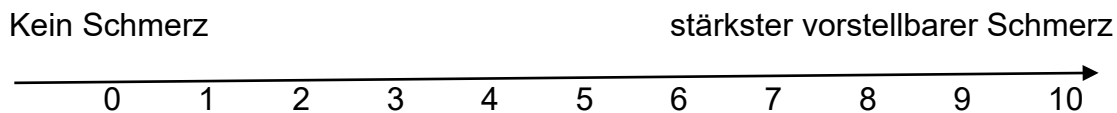
2. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:



3. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:



4. Geben Sie jetzt bitte an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich wäre:



9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Zeiten besonders stark? Ja Nein
Wenn „ja“, wann?

Tageszeit:

- Jede Uhrzeit möglich
- Morgens
- Mittags
- Nachmittags
- Abends
- Nachts

Wochentag:

- Jeder Tag möglich
- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag
- Samstag
- Sonntag

Jahreszeit:

- Jede Jahreszeit mögl.
- Frühling
- Sommer
- Herbst
- Winter

Haben sich Ihre **Schmerzen** in den letzten drei Monaten **verändert**?

- bzgl. Häufigkeit gleich geblieben Häufiger geworden seltener geworden
- bzgl. Intensität gleich geblieben Schwächer geworden Stärker geworden
- bzgl. Charakter gleich geblieben Anders geworden

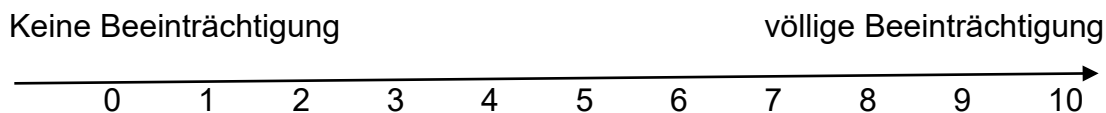
10. Mit der folgenden Liste von Eigenschaften können Sie genauer beschreiben, wie Sie Ihre Schmerzen empfinden. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre typischen Schmerzen in der letzten Zeit. Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie für jedes Wort ein Kreuz, inwieweit die Aussage 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....

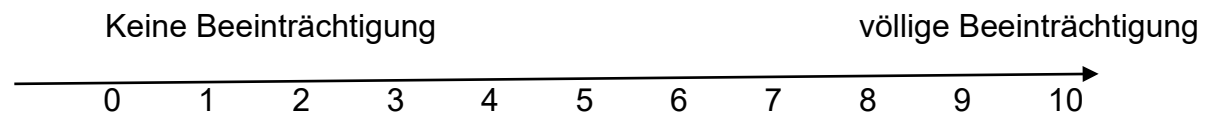
	trifft genau zu 3	trifft weitgehend zu 2	trifft ein wenig zu 1	trifft nicht zu 0		trifft genau zu 3	trifft weitgehend zu 2	trifft ein wenig zu 1	trifft nicht zu 0
elend					klopfend				
schauderhaft					pochend				
scheußlich					brennend				
furchtbar					heiß				
dumpf					Stechend				
drückend					ziehend				

11. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über **die Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

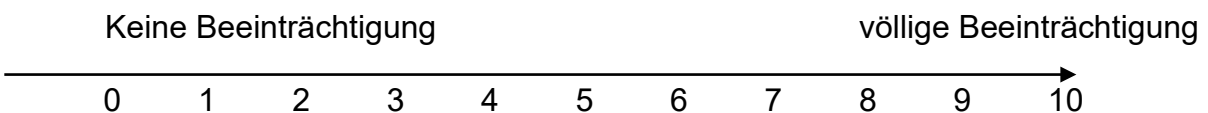
- An **wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?
An etwa ----- Tagen
- In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?



- In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?



- In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?



12. Spüren/Empfinden Sie im Bereich Ihrer Schmerzen mitunter.....

	Nie	kaum	gering	mittel	stark	sehr stark
...eine leichte Berührung (z. B. durch die Bettdecke) als schmerzhaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ein Brenngefühl (z.B. wie beim Kontakt mit Brennesseln)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ein Kribbel-/Prickelgefühl (z.B. Ameisenlaufen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...blitzartige/elektrisierende Schmerzattacken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Kälte/Wärme (z.B. Badewasser) als schmerzhaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ein Taubheitsgefühl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bei leichtem Druck (z.B. mit einem Finger) außergewöhnlich starke Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nach Freynhagen, T.R. Tölle, U. Gockel, R. Baron, DGN 2005 – Copyright painDETECT, Pfizer Pharma GmbH

13. Auf welche Ursachen führen Sie Ihre Schmerzen zurück

- Für mich ist keine Ursache erkennbar
- Auf eine bestimmte Krankheit, welche? _____
- Auf eine Operation, welche? _____
- Auf einen Unfall, welchen? _____
- Auf körperliche Belastung _____
- Auf seelische Belastung _____
- Auf eine andere Ursache, welche? _____

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

Sind nach Ihrer Ansicht alle diesbezüglichen **rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen** abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)?

Ja Nein

14. Was machen Sie selbst, um Ihre Schmerzen **günstig zu beeinflussen**? (Bitte genaue Angaben, z.B. Spazieren gehen, schlafen, Ablenkung...)

ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen. ich tue nichts.

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 den letzten 14 Tagen 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

Trotz der Schmerzen würde ich sagen

	trifft gar nicht zu			trifft vollkommen zu		
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"/>
2...ich bin innerlich erfüllt gewesen.	<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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
Nach Herda, Scharfenstein und Basler 1998, FW7	1	2	3	4	5	6

17. Von wem wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen untersucht oder behandelt? (Mehrfachnennungen möglich)

Keine Behandlung

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Allgemeinarzt | <input type="radio"/> Chirurg | <input type="radio"/> Heilpraktiker | <input type="radio"/> Internist |
| <input type="radio"/> Neurochirurg | <input type="radio"/> Neurologe | <input type="radio"/> Orthopäde | <input type="radio"/> Psychiater |
| <input type="radio"/> Psychotherapeut | <input type="radio"/> Radiologe | <input type="radio"/> Schmerztherapeut | |

Andere: _____

Wurden bei Ihnen bereits Schmerzdiagnosen gestellt? ja nein

Welche? _____

18. **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 zeitweilig gelindert wurden.

	-----wirksam-----		
	ja	zeitweise	nein
<input type="radio"/> bisher keine Schmerzbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Infusionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Einspritzungen am Rückenmark (epidural)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Rückenmarksnahe Sonden (SCS) oder Pumpensysteme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Krankengymnastik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Massagen, Bäder, Kälte/Wärmetherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Chiropraktik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Medikamenten-Entzug	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Kur- / Reh-Behandlungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Anderes _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Wurden Sie schon mal operiert? nein ja ----- mal

Wichtig für die Beantwortung dieser Frage sind auch „kleinere operative Eingriffe“, die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, z.B: Nasenoperationen, Gelenk- oder Bauchspiegelungen. Bitte markieren Sie, welche Operationen **wegen Ihrer Schmerzen** durchgeführt wurden.

Art der Operation	Datum	wegen Schmerzen
1. _____	_____	<input type="radio"/>
2. _____	_____	<input type="radio"/>
3. _____	_____	<input type="radio"/>
4. _____	_____	<input type="radio"/>

20. Aktuelle Medikamenten-Einnahme. Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie zur Zeit einnehmen.

Beispiel:	ich nehme das Medikament regelmäßig				ich nehme das Medikament nur bei Bedarf	
	Früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?
Targin 10/5 mg	1 Tbl.	0	1 Tbl.	0	<input checked="" type="radio"/>	_____
Palladon 1,3 mg					<input checked="" type="radio"/>	ca 5 x 1 Tbl.

Medikament	ich nehme das Medikament regelmäßig				ich nehme das Medikament nur bei Bedarf	
	Früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/>	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/>	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/>	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/>	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/>	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/>	_____
7. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/>	_____

Falls der Platz für Ihre Angaben nicht reicht, benutzen Sie bitte ein Extrablatt.

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

Ihre früheren Schmerzmedikamente (Bitte Handelsname angeben)	wirksam?			Nebenwirkungen? (bitte beschreiben)
	(bitte ankreuzen)			
	Nein	etwas	ja	
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Falls der Platz für Ihre Angaben nicht reicht, benutzen Sie bitte ein Extrablatt.

22. **Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente** ja nein

Wenn „ja“, gegen welche?

_____ Falls der Platz für Ihre Angaben nicht reicht, benutzen Sie bitte ein Extrablatt.

23. Im Folgenden sind **verschiedenen Lebensbereiche** angesprochen. Bitte kreuzen Sie jeweils an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in diesen Lebensbereichen beeinträchtigt sind.

Keine Beeinträchtigung	völlige Beeinträchtigung									
häusliche und familiäre Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freizeit / Erholung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soziale Unternehmungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haus- und Berufsarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbständigkeit in Körperpflege und Alltagsverrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

nach G. Müller-Schwefe, H. Seemann, 2001

24. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer Erkrankung bitten wir Sie im Folgenden um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung. Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich in den letzten 14 Tagen (inklusive heute) am ehesten zutrifft bzw. zutreffend ist. Machen Sie bitte nur ein Kreuz für jede Feststellung und lassen Sie bitte keine aus. Überlegen Sie nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

Ich fühle mich angespannt oder Überreizt

- Meistens 3
- Oft 2
- Von Zeit zu Zeit/gelegentlich 1
- Überhaupt nicht 0

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

- Ja, tatsächlich sehr 3
- Ziemlich 2
- Nicht sehr 1
- Überhaupt nicht 0

Mich überkommt eine ängstlich Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- Ja, sehr stark 3
- Ja, aber nicht allzu stark 2
- Etwas, aber es macht mir keine Sorgen 1
- Überhaupt nicht 0

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

- Überhaupt nicht 0
- Gelegentlich 1
- Ziemlich oft 2
- Sehr oft 3

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- einen Großteil der Zeit 3
- verhältnismäßig oft 2
- von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft 1
- nur gelegentlich/ nie 0

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- Ja, tatsächlich sehr oft 3
- Ziemlich oft 2
- Nicht sehr oft 1
- Überhaupt nicht 0

Ich kann behaglich dasitzen und mich Entspannen

- Ja, natürlich 0
- Gewöhnlich schon 1
- Nicht oft 2
- Überhaupt nicht 3

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- Fast immer 3
- Sehr oft 2
- Manchmal 1
- Überhaupt nicht 0

Ich fühle mich glücklich

- überhaupt nicht 3
- selten 2
- manchmal 1
- meistens 0

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- ja, so wie immer 0
- nicht mehr ganz so viel 1
- inzwischen weniger 2
- überhaupt nicht 3

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- ja, stimmt genau 3
- ich kümmere mich nicht so 2
- sehr wie ich sollte 1
- möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum 0
- ich kümmere mich darum 0
- wie immer 0

Ich kann mich heute so freuen wie früher

- ganz genau so 0
- nicht so sehr 1
- nur noch ein wenig 2
- kaum oder gar nicht 3

Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- ja sehr 0
- eher weniger als früher 1
- viel weniger als früher 2
- kaum bis gar nicht 3

Ich kann mich an einem guten Buch Radio-od. Fernsehsendung erfreuen.

- oft 0
- manchmal 1
- eher selten 2
- sehr selten 3

Herrmann et al1996, HADS; Hogrefe-Verlag

25. Ich denke des Öfteren daran, mir das Leben zu nehmen? ja nein

26. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 14 Tage:

1. Wie war Ihr **allgemeines Wohlbefinden**? Ordnen Sie Ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechten Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen Sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.
- | | | |
|---------------|---|-----------|
| Sehr schlecht | 0 | sehr gut |
| - 100 | | 100/ 0-12 |
-
2. War Ihre nächtliche **Schlafdauer**: ausreichend 4 nicht ausreichend 0
3. Hatten Sie Dauerschmerzen? nein 4 ja 0
4. Wurden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihren **Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt**?
 nein 4 ein wenig 3 deutlich 2 stark 1 fast völlig
5. Haben die Schmerzen Ihre **Stimmung beeinträchtigt**?
 nein 4 ein wenig 3 deutlich 2 stark 1 fast völlig
6. Hatten Sie das Gefühl, die **Schmerzen lindernd beeinflussen** zu können?
 sehr stark 4 stark 3 deutlich 2 ein wenig 1 nein 0
7. Hatten Sie **sonstige Beschwerden**? 12
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Keine | <input type="radio"/> Müdigkeit | <input type="radio"/> Niedergeschlagenheit |
| <input type="radio"/> Übelkeit | <input type="radio"/> Appetitlosigkeit | <input type="radio"/> Lustlosigkeit |
| <input type="radio"/> Magenbeschwerden | <input type="radio"/> Schlafstörungen | <input type="radio"/> Schwindel |
| <input type="radio"/> Konzentrationsstörungen | <input type="radio"/> Schwitzen | <input type="radio"/> Verstopfung |
- andere; _____

G. Müller-Schwefe, H. Seemann, D. Jungck, T. Flöter

27. Bei diesen Fragen geht es um die **Beurteilung Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes**. Ihre Antworten ermöglichen, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

Wie würden sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie **durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand** bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

Wenn ja, wie stark? Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Tennis spielen

- Ja, stark eingeschränkt ja, etwas eingeschränkt nein, überhaupt nicht eingeschränkt

Mehrere Treppenabsätze steigen

- Ja, stark eingeschränkt ja, etwas eingeschränkt nein, überhaupt nicht eingeschränkt

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen **aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

Ich habe weniger geschafft als ich wollte. ja nein
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun. ja nein

Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen **aufgrund seelischer Probleme** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

Ich habe weniger geschafft, als ich wollte. ja nein
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten. ja nein

Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

überhaupt nicht ein bisschen mäßig ziemlich sehr

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den **vergangen vier Wochen** gegangen ist (bitte kreuzen Sie in jeder Zeile den Begriff an, der Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen...

	immer	meistens	ziemlich	manchmal	selten	nie
ruhig und gelassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
voller Energie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
entmutigt und traurig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre **Kontakte zu anderen Menschen** (Besuche bei Freunden, Bekannten, usw.) beeinträchtigt?

	immer	meistens	ziemlich	manchmal	selten	nie
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

M. Bullinger & Kirchberger, SF-12, Hogrefe-Verlag

Deutscher Schmerzfragebogen, erarbeitet von Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V., und der DGSS. Empfohlen von Deutsche Schmerzliga e.V., Institut für Qualitätssicherung in der Schmerztherapie Palliativmedizin e.V.