



FRAGEBOGEN FÜR SCHMERZPATIENTEN

Sehr geehrte Patientin
Sehr geehrter Patient

Die folgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankengeschichte.

Wir sind darauf angewiesen zu erfahren, wie Ihre Schmerzen beschaffen sind und wie Sie auf Schmerzbehandlung ansprechen.

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

Bitte beantworten Sie **alle Fragen**, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte an der entsprechenden Stelle ein Fragezeichen.

Nach den Vorgaben des Datenschutzes bitten wir Sie, uns Ihr Einverständnis zur EDV-Speicherung und zur wissenschaftlichen Auswertung Ihrer Daten aus dem Fragebogen zu geben. Sie können diese Zustimmung jederzeit widerrufen.

Einverständniserklärungen

Ich bin mit der Abspeicherung und der wissenschaftlichen Verwendung der im Fragebogen erhobenen Daten einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift

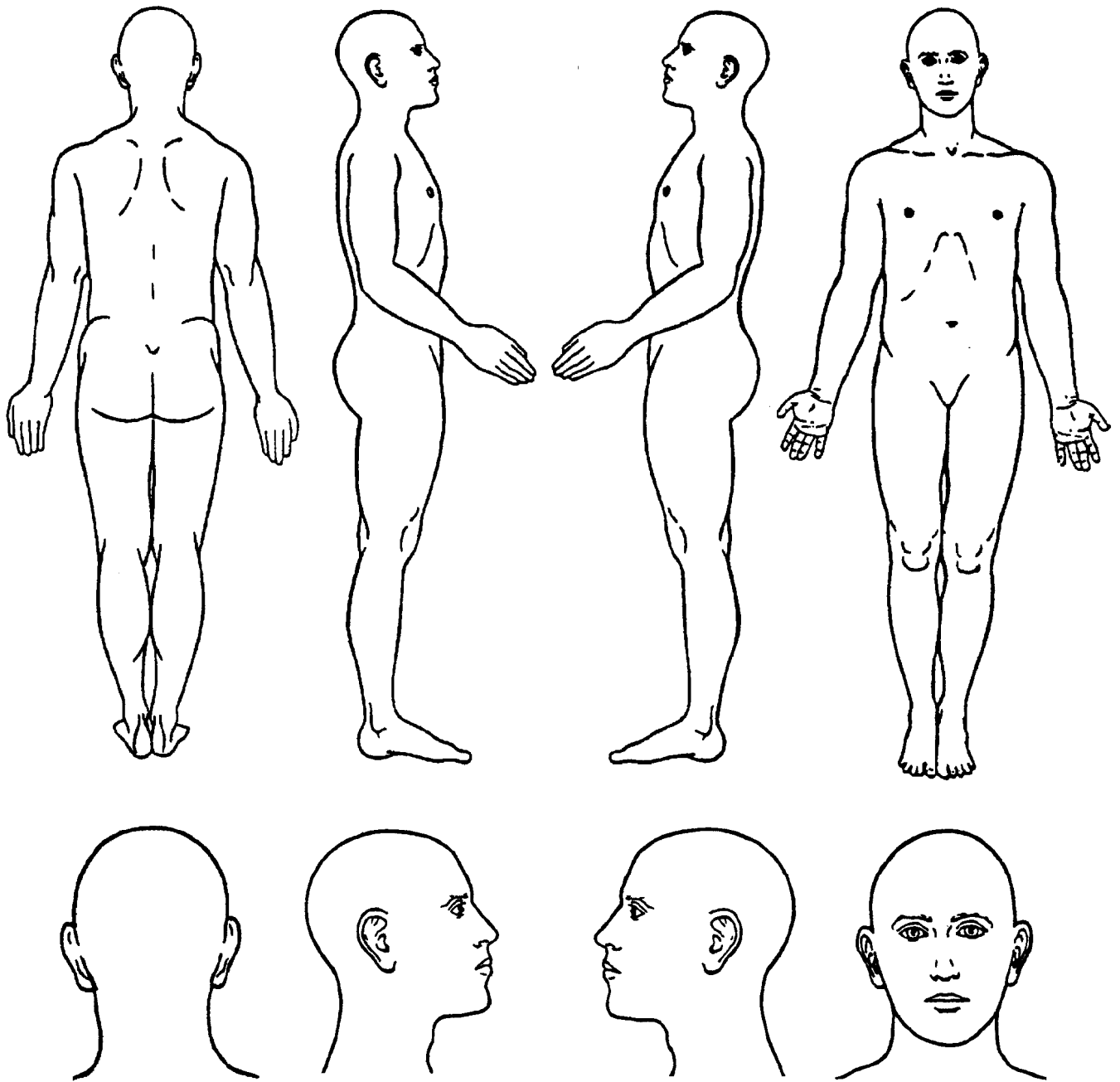
Ich bin damit einverstanden, dass bei Anfragen der Kranken- oder Unfallversicherungen seitens der Schmerzlinik über die gesamten, hier erhobenen Befunde, Diagnosen und erfolgten Behandlungen Auskunft erteilt wird.

Ja nur nach Rücksprache mit mir Nein

Ort und Datum

Unterschrift

9. Bitte malen Sie im nachfolgenden Körperschema ein, **wo** Sie **überall** Schmerzen haben:
- Ihren Hauptschmerz kennzeichnen Sie bitte mit senkrechten Strichen (|||||)
 - Ihren 2. Schmerz mit Querstrichen (≡) und
 - Ihren 3. Schmerz sowie alle weiteren Schmerzarten mit Schrägstrichen (//)



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

- ① ein einziges Schmerzbild ② zwei Schmerzbilder ③ mehrere Schmerzbilder

11. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie zur Behandlung?
(bitte **Hauptschmerz** kurz beschreiben)?

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

13. Seit wann bestehen ihre Schmerzen?

- ① weniger als 1 Monat ② 1 Monat bis ½ Jahr ③ ½ Jahr bis 1 Jahr
④ 1 bis 2 Jahre ⑤ 2 bis 5 Jahre ⑥ mehr als 5 Jahre

Können Sie ein genaues Datum angeben? Wenn ja _____ (Tag / Monat / Jahr)

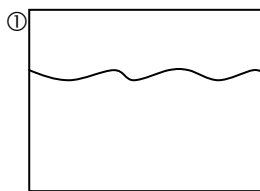
14. Seit wann bestehen Ihre **Hauptschmerzen** in ihrer heutigen Stärke und Ausprägung?

- von Beginn an seit _____ Monaten

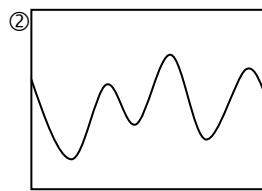
15. Wie oft treten Ihre Schmerzen zurzeit auf? (Mehrfachangaben sind möglich)

- andauernd anfallsweise täglich
 etwa 1x pro Woche etwa 1x pro Monat ab und zu

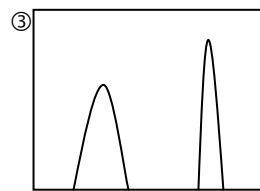
16. Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Hauptschmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu? (Bitte nur **eine** Angabe machen! Machen Sie beim entsprechenden Bild ein Kreuz.)



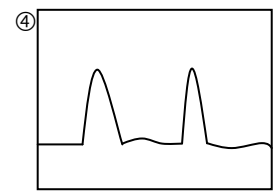
Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



Dauerschmerzen mit starken Schwankungen



Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei



Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

17. Wenn Sie Schmerzattacken haben, wie lange dauert üblicherweise eine Schmerzattacke?

- ① Ich habe keine Schmerzattacken ② Sekunden / Minuten ③ Stunden
④ Tage ⑤ länger als drei Tage

18. Zu welchen **Tageszeiten** treten Ihre Schmerzen auf, bzw. sind Ihre Schmerzen besonders stark?

- morgens mittags nachmittags abends nachts

22. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftsworten können Sie genauer beschreiben, wie Sie Ihre Schmerzen empfinden.

Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.

Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten

4 = trifft genau zu

3 = trifft weitgehend zu

2 = trifft ein wenig zu

1 = trifft nicht zu

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
- ich empfinde meine Schmerzen als quälend	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als grausam	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als erschöpfend	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als heftig	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als mörderisch	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als elend	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als schauderhaft	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als scheusslich	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als schwer	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als entnervend	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als marternd	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als furchtbar	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als unerträglich	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als lähmend	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als schneidend	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als klopfend	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als brennend	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als reissend	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als pochend	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als glühend	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als stechend	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als hämmernd	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als heiss	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als durchstossend	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als dumpf	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als drückend	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als ziehend	④	③	②	①
- ich empfinde meine Schmerzen als pulsierend	④	③	②	①

23. Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste an, wie sich die genannten Bedingungen auf Ihre **Hauptschmerzen** auswirken.

Bitte machen Sie in **jeder Zeile ein Kreuz!** Wählen Sie die Möglichkeit aus, die am ehesten zutrifft.

	lindernd	kein Einfluß	verstärkend
Körperliche Belastung (z.B. Treppen gehen, Lasten heben, Tragen)	①	②	③
Psychische Belastung (z.B. Streß, Ärger, Aufregung)	①	②	③
Einseitige Körperhaltung (z.B. längeres Sitzen, Stehen, Gehen)	①	②	③
Häufiger Lagewechsel, Bewegung, Herumlaufen	①	②	③
Sich ausruhen, hinlegen, ruhig halten	①	②	③
Meine Schmerzen sind durch nichts zu beeinflussen	① stimmt nicht		② stimmt

24. **Von wem** wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **ambulant untersucht oder behandelt?**

- | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> keine Behandlung | <input type="radio"/> Neurochirurg | <input type="radio"/> Frauenarzt |
| <input type="radio"/> Allgemeinarzt | <input type="radio"/> Anästhesist | <input type="radio"/> Augenarzt |
| <input type="radio"/> Schmerztherapeut | <input type="radio"/> Neurologe | <input type="radio"/> HNO-Arzt |
| <input type="radio"/> Internist | <input type="radio"/> Psychiater | <input type="radio"/> Hautarzt |
| <input type="radio"/> Rheumatologe | <input type="radio"/> Psychologe | <input type="radio"/> Urologe |
| <input type="radio"/> Chirurg | <input type="radio"/> Zahnarzt | <input type="radio"/> Röntgenologe |
| <input type="radio"/> Kieferchirurg | <input type="radio"/> Heilpraktiker | <input type="radio"/> Orthopäde |

Wurde bei Ihnen bereits eine Schmerzdiagnose gestellt? ① Ja ② Nein

wenn ja, welche? _____

25. Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** stationären Behandlungen (**Krankenhausaufenthalte**)

① Ja, welche

② Nein, bisher fanden keine schmerzbezogenen stationären Aufenthalte statt

Name	Adresse	von - bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

26. Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** Aufenthalte in **Kur- oder Rehabilitationskliniken**

- ① Ja, welche
- ② Nein, bisher fanden keine schmerzbezogene Aufenthalte in Kur- oder Rehabilitationskliniken statt

Name	Adresse	von - bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wir benötigen zur **vollständigen Erfassung Ihrer Krankheitsgeschichte** die Berichte der aufgeführten ärztlichen Kollegen, bzw. der aufgeführten stationären Einrichtungen.
Bitte fügen Sie diese dem ausgefüllten Fragebogen bei, oder bringen Sie diese zur Erstuntersuchung mit.

27. Wurden Sie schon einmal/mehrere Male medizinisch begutachtet?

- Ja
- Nein

Durch wen?

Arzt	Institution	Wann
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

28. Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile eine Antwort an. Wenn Sie die jeweilige Therapie erhalten haben, geben Sie bitte auch an, ob durch sie Ihr **Schmerz** zumindest zeitweilig gelindert wurde.

	nicht erhalten	erhalten	Wirksamkeit		
			Ja	Zeitweise	Nein
1. Medikamente	②	①	①	③	②
2. Infusionen	②	①	①	③	②
3. Einspritzungen in das Schmerzgebiet	②	①	①	③	②
4. Nervenblockaden	②	①	①	③	②
5. Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	②	①	①	③	②
6. Krankengymnastik	②	①	①	③	②
7. Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	②	①	①	③	②
8. Elektrische Nervenstimulation (TENS)	②	①	①	③	②
9. Akupunktur	②	①	①	③	②
10. Chiropraktik	②	①	①	③	②
11. Psychotherapie	②	①	①	③	②
12. Entspannungsverfahren	②	①	①	③	②
13. Biofeedback, Hypnose	②	①	①	③	②
14. Medikamentenentzug	②	①	①	③	②
15. Kur-/Reha-Behandlung	②	①	①	③	②
16. Anderes: _____	②	①	①	③	②

29. Wie häufig wurden bei Ihnen in den letzten 3 Monaten wegen Ihrer Schmerzen nicht-medikamentöse Behandlungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen, Akupunktur, etc.) durchgeführt? Bitte nur Eines ankreuzen.

- ① täglich
- ② 2x pro Woche
- ③ seltener
- ④ gar nicht

30. Wurden Sie wegen Ihrer aktuellen Schmerzen schon operiert?

- ① Ja, _____ x (wie oft) ② 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).

	Art der Operation	Datum (Tag / Monat / Jahr)	Dauer der Schmerzlinderung (in Monaten)
1.			
2.			
3.			

31. Wurden noch andere Operationen durchgeführt?

- ① Ja, _____ x (wie oft) ② Nein

	Art der Operation	Datum (Tag / Monat / Jahr)
1.		
2.		
3.		

32. a) Geben Sie möglichst **alle Medikamente** an, die Sie **in den letzten 3 Monaten gegen Ihre Schmerzen** eingenommen haben.

Bitte geben Sie auch an, ob Sie die Medikamente regelmässig einnehmen (z.B. 3x1 Tbl.) oder nach Bedarf.

- ① Ja, ich habe in den **letzten 3 Monaten folgende Medikamente** gegen die Schmerzen eingenommen.
 ② Nein, ich habe in den **letzten 3 Monaten keine Medikamente** gegen die Schmerzen eingenommen.

Medikament	Art Tabletten, Spray, Zäpfchen, Tropfen, Pflaster	Dosierung Wie oft am Tag	Einnahme		
			regelmässig	nach Bedarf	Anzahl pro Monat
Beispiel: Paracetamol	Tbl.	500 mg 3x1 tg.			
			○	○	
			○	○	
			○	○	
			○	○	
			○	○	
			○	○	

32. b) Geben Sie möglichst **alle Medikamente** an, die Sie **nicht gegen Ihre Schmerzen sondern wegen anderer Erkrankungen** regelmässig einnehmen.

- ① Ja, Ich nehme folgende Medikamente wegen anderer Erkrankungen regelmässig ein:
- ② Nein, Ich habe in den letzten 3 Monaten keine Medikamente wegen anderer Krankheit eingenommen.

Medikament	Art Tabletten, Spray, Zäpfchen, Tropfen, Pflaster	Dosierung Wie oft am Tag	Einnahme		
			regelmässig	nach Bedarf	Anzahl pro Monat
Beispiel: Aspirin 100	Tbl.	100 mg 1x1 tg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Falls der Platz nicht ausreicht, benutzen Sie bitte ein Extrablatt!

33. Haben Sie neben Ihren Schmerzen **weitere Krankheiten und Risikofaktoren**?

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Tumorleiden | <input type="checkbox"/> | Stoffwechselstörung (Diabetes, Gicht) | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankung des Nervensystems | <input type="checkbox"/> | Erkrankung des Bewegungssystems | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankung der Atemwege | <input type="checkbox"/> | Seelische Leiden | <input type="checkbox"/> |
| Herz-/Kreislaufkrankung | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> |
| Magen-/Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> | HIV-positiv | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (z.B. Hepatitis) | <input type="checkbox"/> | Erkrankung der Nieren | <input type="checkbox"/> |
| Andere: _____ | <input type="checkbox"/> | Allergien | <input type="checkbox"/> |

Nein, keine weiteren Krankheiten

34. Litt oder leidet in Ihrer Familie jemand an ähnlichen Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, an welchen:

35. **Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt?** (Mehrfachantworten sind möglich):

- ich lebe allein Ehepartner/Partner Kinder (Schwieger-)Eltern

36. Welches ist die höchste **Schulbildung** die Sie haben?

- keinen Abschluss Realschule
- Hauptschule
- Gymnasium

37. Haben Sie eine **Berufsausbildung**? ① Ja ② Nein

Wenn ja, welche: _____

Wenn ja, **arbeiten Sie noch in Ihrem angestammten Beruf**? ① Ja ② Nein

Welche Tätigkeit üben Sie momentan aus?

(Hausarbeit eingeschlossen, bei Arbeitslosigkeit zuletzt ausgeübte Tätigkeit!)

38. Wie schätzen Sie die körperliche Belastung durch Ihre momentane Tätigkeit ein?

① geringe ② mittlere ③ hohe körperliche Belastung

Die Fragen 39 bis 42 sind nur zu beantworten, wenn Sie derzeit in einem Arbeitsverhältnis stehen oder selbständig sind.

39. Ist Ihr **Arbeitsplatz** gefährdet?

① Ja ② Nein

Wenn ja, warum: ① betriebsbezogen ② krankheitsbedingt ③ sonstige Gründe

40. Sind Sie zur Zeit **wegen** Ihrer Schmerzen **arbeitsunfähig** ?

ja nein

wenn ja, seit wann?

_____ | _____ | _____ | _____
Tag Monat Jahr

41. Wieviele Tage waren Sie **in den letzten 6 Monaten** wegen

Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig ?

ca. _____ Tage

42. Glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können?

① Ja ② Nein

43. Falls Sie **nicht erwerbstätig** sind:

1. Können Sie zurzeit **trotz Ihrer Schmerzen** Ihre normale Hausarbeit verrichten?

① Ja

② Ja, aber nur eingeschränkt, seit _____ (Monat / Jahr)

③ Nein, seit _____ (Monat / Jahr)

④ Ich mache keine Hausarbeit

2. Glauben Sie, dass Sie Ihre normale Hausarbeit in Zukunft wieder verrichten können?

① Ja ② Nein

44. Liegt bei Ihnen eine **Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)** bzw. ein **Grad der Behinderung (GdB)** vor, oder haben Sie einen Antrag auf diese gestellt ?

MdE: nein beantragt ja wenn ja, wieviel _____ v.H.

GdB: nein beantragt ja wenn ja, wieviel _____ %

45. Haben Sie einen **Rentenantrag** gestellt, der noch nicht entschieden ist ? ja nein

wenn ja, wegen: _

Datum:

Tag	Monat	Jahr

Beabsichtigen Sie einen Rentenantrag zu stellen? ja nein

46. Beziehen Sie derzeit eine **Rente**? ja nein

wenn ja, auf Zeit endgültig seit wann: Datum:

Tag	Monat	Jahr

wegen:

Erreichen der Altersgrenze

Vorgezogenes Altersruhegeld

Erwerbsunfähigkeit

Berufsunfähigkeit

BG-Rente

47. Wie sind Sie auf unser Zentrum aufmerksam geworden?

48. Wie ist Ihr Behandlungswunsch ?

nur ambulant

erst ambulant, dann stationär

stationär

Fragen zur Schmerzchronifizierung (FSC)*

Sehr geehrte Patientin
Sehr geehrter Patient

Mit den folgenden 10 Fragen möchten wir feststellen, wie akut bzw. wie chronisch Ihre Schmerzen sind. Es handelt sich also um sehr wichtige Fragen für den Therapieerfolg.

Bitte lesen Sie jeweils zunächst die fett gedruckten Fragen sorgfältig durch und entscheiden Sie erst danach, welche Aussagen für Sie in den letzten 4 Wochen zugetroffen haben. Bitte kreuzen Sie dann das entsprechende Kästchen an.

Die folgenden Fragen 48 – 52 beziehen sich auf Ihre Hauptschmerzen.

48. Wie oft traten Ihre Hauptschmerzen während der letzten 4 Wochen durchschnittlich auf?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.

- In den letzten 4 Wochen habe ich meine Hauptschmerzen *nicht* gehabt.
- Meine Hauptschmerzen traten einmal täglich oder noch seltener auf.
- Meine Hauptschmerzen traten täglich auf, hielten aber nicht den ganzen Tag an.
- Meine Hauptschmerzen traten zwar mehrmals täglich auf, gingen aber immer wieder weg. Es gab immer noch schmerzfreie Zeiten.
- Meine Hauptschmerzen waren dauernd vorhanden. Es gab nur wenige schmerzfreie Momente (zum Beispiel im Schlaf). Meine Schmerzen gingen nicht vollständig zurück.

49. Wie lange hielten Ihre Hauptschmerzen in den letzten 4 Wochen im Allgemeinen an?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.

- Meist nur wenige Sekunden bis Minuten
- Meist bis zu mehreren Stunden
- Meist mehrere Tage, höchstens jedoch bis zu einer Woche
- Meist länger als eine Woche
- Meine Schmerzen waren dauernd vorhanden.

50. Traten Ihre Hauptschmerzen (also die Schmerzen, die Sie in der Schmerzzeichnung mit senkrechten Strichen gekennzeichnet haben) in den letzten 4 Wochen in unterschiedlicher Stärke auf? Das bedeutet: wechselten Ihre Schmerzen zum Beispiel zwischen leichten, mäßig starken oder starken Schmerzen?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.

- Die Stärke meiner Hauptschmerzen wechselte in den letzten 4 Wochen **häufig**. Häufig bedeutet ein Schmerzstärkewechsel zweimal oder häufiger pro Woche (zum Beispiel von leicht zu mäßig stark).
- Die Stärke meiner Hauptschmerzen wechselte in den letzten 4 Wochen nur **selten**. Selten bedeutet ein Schmerzstärkewechsel weniger als zweimal pro Woche (zum Beispiel von leicht zu mäßig stark).
- Die Stärke meiner Hauptschmerzen hat in den letzten 4 Wochen nicht gewechselt. Sie blieb immer **nahezu konstant**.

51. Welche Medikamente mussten Sie in den letzten 4 Wochen wegen Schmerzen einnehmen? An wie vielen Tagen mussten Sie Tabletten, Zäpfchen, Tropfen usw. nehmen?

- Ich habe **keine** Medikamente wegen meiner Schmerzen zu mir genommen.

Falls Sie keine Medikamente eingenommen haben, gehen Sie weiter zur Frage 52.

Sie sollten alle Medikamente, die Sie wegen Ihrer Schmerzen verordnet bekommen oder *selbst* gekauft **und** eingenommen haben in Frage 32 a eingetragen haben.

Es ist sehr wichtig zu unterscheiden, ob Sie das einzelne Medikament an **weniger (<)** oder an **mehr (>)** als 15 Tagen genommen haben. Bitte tragen Sie hier ein, wie häufig Sie die Schmerzmittel aus der Tabelle zu Frage 32 a in den letzten vier Wochen eingenommen haben.

- | | < 15 Tagen | > 15 Tagen |
|---|-----------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> das 1. Medikament: _____ nahm ich an | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> ein. |
| <input type="radio"/> das 2. Medikament: _____ nahm ich an | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> ein. |
| <input type="radio"/> das 3. Medikament: _____ nahm ich an | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> ein. |
| <input type="radio"/> das 4. Medikament: _____ nahm ich an | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> ein. |
| <input type="radio"/> Ich habe in den vergangenen vier Wochen <i>fünf oder mehr</i> verschiedene Mittel für meine Schmerzen eingenommen. | | |

52. Wie gut lindert das Medikament oder die Medikamente (insgesamt) Ihre Schmerzen?

Bitte überlegen Sie sehr sorgfältig und kreuzen Sie dann nur ein Kästchen an.

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> ① überhaupt nicht | <input type="radio"/> ④ gut (50 bis 75 %) |
| <input type="radio"/> ② ein wenig (10 bis 25 %) | <input type="radio"/> ⑤ sehr gut (75 bis 100 %) |
| <input type="radio"/> ③ mäßig gut (25 % bis 50 %) | |

Die folgenden Fragen (53 – 57) beziehen sich auf den Zeitraum seit Beginn Ihrer Schmerzen.

53. Wie oft wurde bei Ihnen ein Medikament, das Sie wegen Schmerzen einnahmen, entzogen oder ernsthaft versucht, die Dosis wesentlich zu reduzieren?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> ① noch nie | <input type="radio"/> ② zweimal |
| <input type="radio"/> ③ einmal | <input type="radio"/> ④ mehr als zweimal |

54. Wie oft haben Sie einen für Ihre Schmerzen zuständigen Arzt (persönlicher Arzt für die Schmerzen) wegen nicht erfolgreicher Schmerzbehandlung dauerhaft gewechselt?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> ① noch nie | <input type="radio"/> ③ dreimal |
| <input type="radio"/> ② einmal | <input type="radio"/> ④ mehr als dreimal |
| <input type="radio"/> ④ zweimal | |

55. Wie oft wurden Sie wegen Ihrer Schmerzen (zur Diagnostik und / oder Therapie) stationär in einem Krankenhaus behandelt?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> ① noch nie | <input type="radio"/> ③ dreimal |
| <input type="radio"/> ② einmal | <input type="radio"/> ④ mehr als dreimal |
| <input type="radio"/> ④ zweimal | |

62. Zur vollständigen Beurteilung ihrer Erkrankung bitten wir Sie nun 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 der letzten Woche** am ehesten zutraf. 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 zutreffensten erscheint.

<p>Ich fühle mich angespannt oder überreizt</p> <p>① meistens ② oft ③ von Zeit zu Zeit / gelegentlich ④ überhaupt nicht</p>	<p>Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst</p> <p>① fast immer ② sehr oft ③ manchmal ④ überhaupt nicht</p>
<p>Ich kann mich heute noch so freuen wie früher</p> <p>① ganz genau so ② nicht ganz so sehr ③ nur noch ein wenig ④ kaum oder gar nicht</p>	<p>Ich habe ein ängstliches Gefühl in der Magengegend</p> <p>① überhaupt nicht ② gelegentlich ③ ziemlich oft ④ sehr oft</p>
<p>Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte</p> <p>① ja, sehr stark ② ja, aber nicht allzu stark ③ etwas, aber es macht mir keine Sorgen ④ überhaupt nicht</p>	<p>Ich habe das Interesse an meiner äusseren Erscheinung verloren</p> <p>① ja, stimmt genau ② ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte ③ möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum ④ ich kümmere mich so viel darum wie immer</p>
<p>Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen</p> <p>① ja, so viel wie immer ② nicht mehr ganz so viel ③ inzwischen viel weniger ④ überhaupt nicht</p>	<p>Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein</p> <p>① ja, tatsächlich sehr ② ziemlich ③ nicht sehr ④ überhaupt nicht</p>
<p>Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf</p> <p>① einen Grossteil der Zeit ② verhältnismässig oft ③ von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft ④ nur gelegentlich / nie</p>	<p>Ich blicke mit Freude in die Zukunft</p> <p>① ja, sehr ② eher weniger als früher ③ viel weniger als früher ④ kaum bis gar nicht</p>
<p>Ich fühle mich glücklich</p> <p>① überhaupt nicht ② selten ③ manchmal ④ meistens</p>	<p>Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand</p> <p>① ja, tatsächlich sehr oft ② ziemlich oft ③ nicht sehr oft ④ überhaupt nicht</p>
<p>Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen</p> <p>① ja, natürlich ② gewöhnlich schon ③ nicht oft ④ überhaupt nicht</p>	<p>Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen</p> <p>① oft ② manchmal ③ eher selten ④ sehr selten</p>

Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF12)

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 Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

L-1 Wie würden Sie Ihren **Gesundheitszustand im Allgemeinen** beschreiben?

- ① ausgezeichnet ② sehr gut ③ gut ④ weniger gut ⑤ schlecht

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

L-2 Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Tennis spielen

- ① Ja, stark eingeschränkt ② Ja, etwas eingeschränkt ③ Nein, überhaupt nicht eingeschränkt

L-3 Mehrere Treppenabsätze steigen

- ① Ja, stark eingeschränkt ② Ja, etwas eingeschränkt ③ 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?

L-4 Ich habe weniger erreicht als ich wollte. ① Ja ② Nein

L-5 Ich konnte nur bestimmte Dinge tun. ① Ja ② 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)?

L-6 Ich habe weniger erreicht als ich wollte. ① Ja ② Nein

L-7 Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten. ① Ja ② Nein

L-8 Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen **bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zuhause und im Beruf behindert**?

- ⑥ überhaupt nicht ① ein bisschen ② mäßig ③ ziemlich ④ sehr

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den **vergangenen 4 Wochen** gegangen ist (bitte kreuzen Sie in jeder Zeile den Begriff an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht).

Wie oft waren Sie in den **vergangenen 4 Wochen**

L-9 ruhig und gelassen

- ① immer ② meistens ③ ziemlich ④ manchmal ⑤ selten ⑥ nie

L-10 voller Energie

- ① immer ② meistens ③ ziemlich ④ manchmal ⑤ selten ⑥ nie

L-11 entmutigt und traurig

- ① immer ② meistens ③ ziemlich ④ manchmal ⑤ selten ⑥ nie

L-12 Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre **Kontakte zu anderen Menschen** (Besuche bei Freunden, Bekannten, usw.) beeinträchtigt?

- ① immer ② meistens ③ manchmal ④ selten ⑥ nie

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.