



Praxis / Einrichtung:

Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie Butzbach

Schloßplatz 4

35510 Butzbach

Patient:

geboren am:

wohnhaft:

Dokumentationsbeleg vom

Dokumentationsinstrument / e: **Schmerzassessment Zentrum interdisziplinäre Schmerztherapie**

- 1.) Anlass der Vorstellung
- 2.) Dolografie (Karten)
- 3.) Dolografie
- 4.) Beschreibung des Schmerzes
- 5.) Belastung am Arbeitsplatz
- 6.) BMI (Body Mass Index)
- 7.) Schmerz im Tagesprofil
- 8.) Schmerzdynamik
- 9.) Schmerzintensität
- 10.) Schmerzeinfluss
- 11.) Schmerzursache
- 12.) SES (Schmerzempfindungsskala)
- 13.) Neuropathiescore
- 14.) Vorbehandlung / Schmerzdiagnose
- 15.) Aktuelle Medikamente
- 16.) Begleiterkrankungen
- 17.) Operationen
- 18.) Frühere Medikamente
- 19.) Diagnostische Maßnahmen
- 20.) DASS 21 (Depressions-Angst-Stress-Skalen)
- 21.) FESS (Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen)
- 22.) Schmerzgraduierung (nach von Korff)
- 23.) Arbeitssituation
- 24.) AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster)
- 25.) KKG (Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit)
- 26.) FFbH-R (Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen)
- 27.) MFHW (Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden)
- 28.) mPDI (Ausmaß schmerzbedingter Beeinträchtigungen im Alltag)
- 29.) MPSS (Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung (nach
- 30.) Nicht-medikamentöse Therapie
- 31.) QLIP (Allgemeine Lebensqualität)
- 32.) SF12 (Fragebogen zum Gesundheitszustand, Lebensqualität)
- 33.) POMI (Prescription Opioid Misuse Index)
- 34.) Yellow Flags



1.)

Anlass der Vorstellung

Schmerztherapie

Entzugsbehandlung

geplanter einmaliger Kontakt, ausschließlich Diagnostik

interdisziplinäre Schmerzkonferenz

Gutachten

Sonstiges

Art (wenn "Schmerztherapie")

ambulant

teilstationär

stationär

Wörtliche Angabe des Patienten (wenn "Sonstiges")

2.) Die Dolographie ermöglicht ein präzises und differenziertes Sprechen über den Schmerz.

Wer an Schmerzen leidet, kann diese häufig kaum in Worte fassen. Ein Umstand, der die Behandlung von Schmerzen erschwert, basiert diese doch auf Ihren Schilderungen. Werden die Schmerzen jedoch mit Hilfe eines sichtbaren Gegenstandes externalisiert, wird das Problem greifbar und überschaubar gemacht.

Die Schmerzempfindung wird ins Feld des Sichtbaren geführt und so auch für das Gegenüber erkennbar. Dadurch wird einerseits die Schmerzanamnese unterstützt und andererseits eine Voraussetzung dafür geschaffen, dass Sie sich verstanden fühlen und das Vertrauen in die Behandlung gestärkt wird.

Weitere Informationen gibt es unter <http://www.dolografie.com>

Es geht hier darum, ein Bild auszuwählen, mit dem Sie Ihren Schmerz assoziieren können. Sie können sich alle Bilder anschauen und sich dann für eines entscheiden, indem Sie die Checkbox unter der Vorschau aktivieren.
Bitte schreiben Sie auch dazu, warum Sie sich für dieses Bild entschieden haben.

Bitte beachten Sie, dass dieses Instrument nur über das Fragebogen-System ausgefüllt werden kann.

3.) Ihre Schmerzen als Bild!

Für das Verständnis und die Behandlung von Schmerzen ist das Gespräch zwischen Betroffenen und Behandlern elementar. Fragebogen wie der von Ihnen hier gerade bearbeitete erleichtern diese Kommunikation und sind wichtiger Bestandteil einer ganzheitlichen Bewertung Ihrer Schmerzerkrankung. Die Versprachlichung des Schmerzes wird jedoch durch viele Faktoren erschwert und mitunter gestaltet sich auch die Nachvollziehbarkeit durch den Gesprächspartner als schwierig, da Schmerzen immer subjektiv sind und sich mit Worten nur bedingt objektivieren lassen.

Hier haben Sie nun die Möglichkeit Ihre Schmerzen bildhaft darzustellen um damit Ihrem Gesprächspartner Ihr Problem greifbar zu veranschaulichen. Malen Sie Ihren Schmerz um Ihre Schmerzempfindung sichtbar und so für Ihren Behandler auch erkennbar zu machen. Malen Sie wie Sie Ihren Schmerz empfinden, um Ihrem Schmerz ein „Gesicht“ zu geben und ihn aus der Anonymität Ihrer Empfindung heraus zu holen, ihn für Andere sichtbar und damit auch behandelbar zu machen. Bitte beachten Sie: gute oder schlechte Schmerzbilder gibt es dabei nicht! Auch geht es nicht darum ein Kunstwerk zu erstellen. Es geht einzig und alleine um die bildliche Darstellung dessen, wie Sie Ihren Schmerz empfinden.



4.)

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

Ihre Beschreibung:

Seit wann bestehen Ihre Schmerzen ungefähr?

- seit 1 Woche
- 1 bis 2 Wochen
- 3 bis 4 Wochen
- 1 bis 3 Monate
- 4 bis 6 Monate
- 6 Monate bis 1 Jahr
- 1 bis 3 Jahre
- mehr als 3 Jahre

Können Sie ein genaues Datum angeben?

- nein ja

Datum (wenn "genaues Datum" "ja")



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

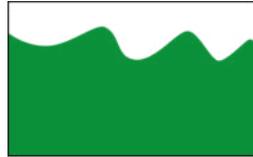
- ein einziges Schmerzbild zwei Schmerzbilder mehr als zwei Schmerzbilder

Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen in den vergangenen Tagen am besten zu?

- ich bin beschwerdefrei

Ich leide unter **Dauerschmerzen**...

- ...mit leichten Schwankungen



- ...mit starken Schwankungen



Ich leide unter **Schmerzattacken**...

- ...und bin dazwischen schmerzfrei



- ...und habe auch dazwischen Schmerzen



Meine Schmerzattacke dauert durchschnittlich (wenn "Schmerzattacken")

- Sekunden / Minuten Stunden bis zu drei Tage länger als drei Tage

Meine Schmerzattacken treten ... auf (wenn "Schmerzattacken")

- ...einmal täglich...
 ...mehrfach täglich...
 ...einmal wöchentlich...
 ...mehrfach wöchentlich...
 ...einmal monatlich...
 ...mehrfach monatlich...
 seltener

wie oft pro Jahr (wenn "seltener")?

5.) Die folgenden Fragen dienen der Einschätzung der Belastung an Ihrem regulären Arbeitsplatz. Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Ihre reguläre Arbeit zutrifft.

Geistige Anforderung:

Ihr Wert:





Körperliche Anforderung:

Ihr Wert:

0 (sehr gering)

(sehr hoch) 10

Zeitliche Anforderung:

Ihr Wert:

0 (sehr gering)

(sehr hoch) 10

Anstrengung:

Ihr Wert:

0 (sehr gering)

(sehr hoch) 10

Frustration:

Ihr Wert:

0 (sehr gering)

(sehr hoch) 10

Aufgabenerfüllung:

Ihr Wert:

0 (Aufgaben perfekt erfüllt)

(Misserfolg) 10

6.)

Wie **groß** sind Sie aktuell (in cm)?

Wie **schwer** sind Sie aktuell (in kg)?

7.)

Bitte geben Sie an, wie stark Ihre Schmerzen **nachts** sind oder heute waren:

Ihr Wert:

0 (kein)

(stärkst vorstellbar) 100

Bemerkung (Ihre Schmerzen **nachts**):

Bitte geben Sie an, wie stark Ihre Schmerzen **morgens** sind oder heute waren:

Ihr Wert:

0 (kein)

(stärkst vorstellbar) 100

Bemerkung (Ihre Schmerzen **morgens**):

Bitte geben Sie an, wie stark Ihre Schmerzen **vormittags** sind oder heute waren:

Ihr Wert:

0 (kein)

(stärkst vorstellbar) 100

Bemerkung (Ihre Schmerzen **vormittags**):

Bitte geben Sie an, wie stark Ihre Schmerzen **mittags** sind oder heute waren:

Ihr Wert:

0 (kein)

(stärkst vorstellbar) 100



Bemerkung (Ihre Schmerzen **mittags**):

Bitte geben Sie an, wie stark Ihre Schmerzen **nachmittags** sind oder heute waren:
Ihr Wert:

(0 (kein) bis 100 (stärkst vorstellbar))

Bemerkung (Ihre Schmerzen **nachmittags**):

Bitte geben Sie an, wie stark Ihre Schmerzen **abends** sind oder heute waren:
Ihr Wert:

(0 (kein) bis 100 (stärkst vorstellbar))

Bemerkung (Ihre Schmerzen **abends**):

8.) Haben sich Ihre Schmerzen in den vergangenen Tagen verändert?

bzgl. **Häufigkeit**

seltener geworden gleich geblieben häufiger geworden

bzgl. **Intensität**

schwächer geworden gleich geblieben stärker geworden

bzgl. **Charakter**

anders geworden gleich geblieben

bzgl. **Einfluss auf Ihr Leben**

schwächer geworden gleich geblieben stärker geworden

9.) Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer jeweiligen Schmerzen** an. Markieren Sie bitte jeweils, wie stark Sie Ihre Schmerzen (auch unter Ihrer üblichen Medikation) empfinden. Die Zahlen können Ihnen bei der Einteilung helfen: Der Wert 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, der Wert 100 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Mit den Werten dazwischen können Sie die Schmerzstärke individuell abstufen.

Geben Sie jetzt bitte Ihre **momentane** Schmerzstärke an:
Ihr Wert:

(0 (kein) bis 100 (stärkst vorstellbar))

Geben Sie jetzt bitte Ihre **geringste** Schmerzstärke (z. B. in Ruhe etc.) in den vergangenen Tagen an:
Ihr Wert:

(0 (kein) bis 100 (stärkst vorstellbar))

Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche** Schmerzstärke in den vergangenen Tagen an:
Ihr Wert:

(0 (kein) bis 100 (stärkst vorstellbar))

Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte** (z. B. unter Belastung etc.) Schmerzstärke in den vergangenen Tagen an:
Ihr Wert:

(0 (kein) bis 100 (stärkst vorstellbar))



10.)

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

Ich tue nichts Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen Ich mache Folgendes

Wörtliche Angabe des Patienten (wenn "Ich mache Folgendes"):

Können Sie sagen, wodurch Ihre **Schmerzen ausgelöst oder verschlimmert** werden?

nein ja, durch

Wörtliche Angabe des Patienten (wenn "ja"):

11.) Auf welche **Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück? (Mehrfachangaben sind möglich)

für mich ist keine Ursache erkennbar

auf eine bestimmte Krankheit

Welche? (Wörtliche Angabe des Patienten)

Sind diesbezüglich alle rechtlichen und versicherungsrelevanten Fragen abgeschlossen? (wenn "bestimmte Krankheit")

ja nein

auf eine Operation

Welche? (Datum und Wörtliche Angabe des Patienten)

Sind diesbezüglich alle rechtlichen und versicherungsrelevanten Fragen abgeschlossen? (wenn "Operation")

ja nein

auf einen Unfall

Welche? (Datum und Wörtliche Angabe des Patienten)

Sind diesbezüglich alle rechtlichen und versicherungsrelevanten Fragen abgeschlossen? (wenn "Unfall")

ja nein

auf körperliche Belastung

auf seelische Belastung

auf eine andere Ursache

Welche? (Wörtliche Angabe des Patienten)

12.) Mit der folgenden Liste können Sie genauer beschreiben, **wie Sie Ihre Schmerzen** empfinden. Denken Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte an den **typischen Ablauf Ihrer Schmerzen** in der letzten Zeit. Sollten Sie nur die Eigenschaften bewerten wollen die für Sie zutreffen und die anderen unausgefüllt lassen, machen Sie bitte ein Kreuz unten in das dafür vorgesehene Kästchen*. Ansonsten haben Sie bei jeder Aussage vier Antwortmöglichkeiten; wählen Sie bitte spontan die Aussage, welche am ehesten auf Ihre Beschwerden zutrifft.

Bitte machen Sie hier ein Kreuz, wenn Sie unten nur die Empfindungen angekreuzt haben, die für Sie zutreffen.

ja



Ich empfinde meine Schmerzen als...

...lähmend

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...entmutigend

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...furchtbar

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...unbarmherzig

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...entnervend

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...schwer

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...scheußlich

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...zermürend

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...elend

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...mörderisch

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...heftig

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...erschöpfend

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...grausam

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...quälend

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...pulsierend

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...ziehend

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...drückend

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...dumpf

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...durchstoßend

trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu



...heiß

 trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...hämmernd

 trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...stechend

 trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...glühend

 trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...pochend

 trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...reißend

 trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...brennend

 trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...klopfend

 trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu

...schneidend

 trifft genau zu trifft weitgehend zu trifft ein wenig zu trifft nicht zu13.) **Spüren** oder **empfinden** Sie im Bereich Ihrer Schmerzen mitunter...

...eine leichte Berührung (z. B. durch die Bettdecke) als schmerzhaft?

 nie kaum gering mittel stark sehr stark

...ein Brenngefühl (z. B. wie beim Kontakt mit Brennesseln)?

 nie kaum gering mittel stark sehr stark

...ein Kribbel- / Prickelgefühl (z. B. "Ameisenlaufen")?

 nie kaum gering mittel stark sehr stark

...blitzartige / elektrisierende Schmerzattacken?

 nie kaum gering mittel stark sehr stark

...Kälte / Wärme (z. B. Badewasser) als schmerzhaft?

 nie kaum gering mittel stark sehr stark

...ein Taubheitsgefühl?

 nie kaum gering mittel stark sehr stark

...bei leichtem Druck (z. B. mit einem Finger) außergewöhnlich starke Schmerzen?

 nie kaum gering mittel stark sehr stark

14.)

Von wem wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht oder behandelt?** (Mehrfachangaben sind möglich) keine Behandlung



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

Wörtliche Angabe des Patienten (wenn "Andere")

Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt? (Mehrfachangaben sind möglich)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | | |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> rheumatoide Arthritis | <input type="checkbox"/> Zoster-Neuralgie |
| <input type="checkbox"/> Tumorschmerzen | <input type="checkbox"/> CRPS | <input type="checkbox"/> Gesichts- / Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> diabetische Neuropathie | <input type="checkbox"/> andere Neuropathie | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Osteoarthritis | <input type="checkbox"/> Andere | |

Wörtliche Angabe des Patienten (wenn "Andere")

Wie wurden Ihre Schmerzen bisher **behandelt**?

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

Haben Sie diese Schmerzbehandlung erhalten?

Medikamente

- nein ja

War diese Schmerzbehandlung wirksam?

- nein ja, mäßig ja, sehr

Operationen

- nein ja

War diese Schmerzbehandlung wirksam?

- nein ja, mäßig ja, sehr

Infusionen

- nein ja

War diese Schmerzbehandlung wirksam?

- nein ja, mäßig ja, sehr

Einspritzung in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden

- nein ja

War diese Schmerzbehandlung wirksam?

- nein ja, mäßig ja, sehr

Einspritzung am Rückenmark (z. B. epidural etc.)

- nein ja

War diese Schmerzbehandlung wirksam?

- nein ja, mäßig ja, sehr

Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme

- nein ja

War diese Schmerzbehandlung wirksam?

- nein ja, mäßig ja, sehr

Krankengymnastik

- nein ja

War diese Schmerzbehandlung wirksam?

- nein ja, mäßig ja, sehr

Massagen, Bäder, Kälte- / Wärmetherapie

- nein ja

War diese Schmerzbehandlung wirksam?

- nein ja, mäßig ja, sehr

Elektrische Nervenstimulation (TENS)

- nein ja

War diese Schmerzbehandlung wirksam?

- nein ja, mäßig ja, sehr

Akupunktur

- nein ja

War diese Schmerzbehandlung wirksam?

- nein ja, mäßig ja, sehr

Chiropraktik

- nein ja

War diese Schmerzbehandlung wirksam?

- nein ja, mäßig ja, sehr



Psychotherapie

nein ja

Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback

nein ja

Medikamentenentzug

nein ja

Kur- / Rehabehandlung

nein ja

Anderes

nein ja

Wörtliche Angabe des Patienten (wenn "Anderes")

War diese Schmerzbehandlung wirksam?

nein ja, mäßig ja, sehr

War diese Schmerzbehandlung wirksam?

nein ja, mäßig ja, sehr

War diese Schmerzbehandlung wirksam?

nein ja, mäßig ja, sehr

War diese Schmerzbehandlung wirksam?

nein ja, mäßig ja, sehr

War diese Schmerzbehandlung wirksam?

nein ja, mäßig ja, sehr

- 15.) Bitte geben Sie nachfolgend Ihre **aktuelle Medikamente** an. Bitte geben Sie auch die geforderten Einzelheiten zu der Behandlung ein, wie z. B. Darreichungsform, Menge, Einnahme seit. Bitte geben Sie auch Ihre Bewertung zur Wirksamkeit und Verträglichkeit der Behandlung ab (1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend, 4=ausreichend, 5=mangelhaft, 6=ungenügend).

Bitte besprechen Sie die Medikamente mit dem Praxispersonal.

16.)

Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen**? Wenn ja, wie sehr sind Sie durch diese in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt? Im Folgenden sind verschiedene Krankheitsgruppen aufgeführt. Wenn Sie an einer Krankheit leiden, die nicht genannt ist, tragen Sie dies bitte unter "andere Erkrankungen" ein. Bewerten Sie bitte immer auch, wie stark Sie durch diese Erkrankung (oder deren Behandlung) in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind.

Leiden Sie unter dieser Erkrankung?

Bitte machen Sie hier ein Kreuz, wenn Sie unten nur die Empfindungen angekreuzt haben, die für Sie zutreffen.

ja

bösartige Erkrankung / Tumorleiden / Krebs

nein ja

Grad der Beeinträchtigung (wenn davor "ja")?

keine leicht mäßig stark

Welche (wenn davor "ja")?

Erkrankung des Nervensystems, Gehirns oder Rückenmarks

nein ja

Grad der Beeinträchtigung (wenn davor "ja")?

keine leicht mäßig stark

Welche (wenn davor "ja")?

Erkrankung von Herz oder Kreislauf

nein ja

Grad der Beeinträchtigung (wenn davor "ja")?

keine leicht mäßig stark

Welche (wenn davor "ja")?

Erkrankung von Lunge und Atemwegen

nein ja

Grad der Beeinträchtigung (wenn davor "ja")?

keine leicht mäßig stark

Welche (wenn davor "ja")?



Magen-, Darmerkrankung

nein ja

Welche (wenn davor "ja")?

Grad der Beeinträchtigung (wenn davor "ja")?

keine leicht mäßig stark

Erkrankung von Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse

nein ja

Welche (wenn davor "ja")?

Grad der Beeinträchtigung (wenn davor "ja")?

keine leicht mäßig stark

Erkrankung von Niere, Harnwegen oder Geschlechtsorgane

nein ja

Welche (wenn davor "ja")?

Grad der Beeinträchtigung (wenn davor "ja")?

keine leicht mäßig stark

Stoffwechselerkrankung

nein ja

Welche (wenn davor "ja")?

Grad der Beeinträchtigung (wenn davor "ja")?

keine leicht mäßig stark

Hauterkrankung

nein ja

Welche (wenn davor "ja")?

Grad der Beeinträchtigung (wenn davor "ja")?

keine leicht mäßig stark

Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes

nein ja

Welche (wenn davor "ja")?

Grad der Beeinträchtigung (wenn davor "ja")?

keine leicht mäßig stark

Immunschwäche (z. B. HIV / AIDS etc.)

nein ja

Welche (wenn davor "ja")?

Grad der Beeinträchtigung (wenn davor "ja")?

keine leicht mäßig stark

Blutgerinnungsstörungen

nein ja

Welche (wenn davor "ja")?

Grad der Beeinträchtigung (wenn davor "ja")?

keine leicht mäßig stark

seelische Leiden

nein ja

Welche (wenn davor "ja")?

Grad der Beeinträchtigung (wenn davor "ja")?

keine leicht mäßig stark

Risikofaktoren (z. B. Hepatitis etc.)

nein ja

Welche (wenn davor "ja")?

Grad der Beeinträchtigung (wenn davor "ja")?

keine leicht mäßig stark

Unverträglichkeiten, Allergien

nein ja

Grad der Beeinträchtigung (wenn davor "ja")?

keine leicht mäßig stark



Welche (wenn davor "ja")?

andere Erkrankungen

nein ja

Grad der Beeinträchtigung (wenn davor "ja")?

keine leicht mäßig stark

Welche (wenn davor "ja")?

17.)

Wurden Sie schon einmal **operiert**?

nein ja, wie oft?

Anzahl Operationen:

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 geben Sie an, **welche Operationen wegen Ihrer Schmerzen durchgeführt wurden und welche nicht**.

Wegen Schmerzen?

nein ja

Datum und Art der Operation:

Wegen Schmerzen?

nein ja

Datum und Art der Operation:

Wegen Schmerzen?

nein ja

Datum und Art der Operation:

18.) Bitte geben Sie nachfolgend Ihre **früheren Medikamente** an. Bitte geben Sie auch die geforderten Einzelheiten zu der Behandlung ein, wie z. B. Darreichungsform, Menge, Einnahme von - bis. Bitte geben Sie auch Ihre Bewertung zur Wirksamkeit und Verträglichkeit der Behandlung ab (1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend, 4=ausreichend, 5=mangelhaft, 6=ungenügend).

Bitte besprechen Sie die Medikamente mit dem Praxispersonal.

19.) Diagnostische Maßnahmen

Laboruntersuchungen (Blut / Urin)

...wenn **Laboruntersuchungen**

Blut

Urin

Sonstiges

...wenn **Laboruntersuchungen > Blut**

kleines Blutbild

Diff. Blutbild

Elektrolyte



- Leberwerte
- Nierenwerte
- Medikamentenspiegel
- Sonstiges

...Beschreibung wenn **Laboruntersuchungen > Blut > Sonstiges**

...Beschreibung wenn **Laboruntersuchungen > Sonstiges**

- Bildgebende Verfahren
- ...wenn **Bildgebende Verfahren**

- Röntgen
- CT
- MRT
- Sonstiges

...Beschreibung wenn **Bildgebende Verfahren > Sonstiges**

- Neurophysiologische Diagnostik
- Quantitative sensorische Testung (QST)
- Diagnostische Regionalanästhesie
- Physiotherapeutische Befundung
- Manuelle Diagnostik
- Kurze psychologische Diagnostik (< 1 Std.)
- Ausführliche psychologische Exploration (> 1 Std.)
- Psychometrische Testverfahren (über DSF hinausgehend!)
- weitere / sonstige fachärztliche Zusatzuntersuchungen
- multimodales interdisziplinäres Assessment (OPS 1-910)

...wenn **Interdisziplinäres Assessment**

- mit Schmerztherapeut
- mit Psychologe
- mit Physiotherapeut
- mit Ergotherapeut
- mit Sonstigem

...Beschreibung wenn **Interdisziplinäres Assessment > mit Sonstigem**



20.) Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Antwort an, die während der letzten Woche auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. **Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.**

Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.

- traf gar nicht zu oder nie
- traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal
- traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft
- traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich spürte, dass mein Mund trocken war.

- traf gar nicht zu oder nie
- traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal
- traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft
- traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.

- traf gar nicht zu oder nie
- traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal
- traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft
- traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich hatte Atemprobleme (z. B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).

- traf gar nicht zu oder nie
- traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal
- traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft
- traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.

- traf gar nicht zu oder nie
- traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal
- traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft
- traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.

- traf gar nicht zu oder nie
- traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal
- traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft
- traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich zitterte (z. B. an den Händen).

- traf gar nicht zu oder nie
- traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal



traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft

traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich fand alles anstrengend.

traf gar nicht zu oder nie

traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal

traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft

traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.

traf gar nicht zu oder nie

traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal

traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft

traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.

traf gar nicht zu oder nie

traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal

traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft

traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.

traf gar nicht zu oder nie

traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal

traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft

traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.

traf gar nicht zu oder nie

traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal

traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft

traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.

traf gar nicht zu oder nie

traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal

traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft

traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit



Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.

- traf gar nicht zu oder nie
- traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal
- traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft
- traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich fühlte mich einer Panik nahe.

- traf gar nicht zu oder nie
- traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal
- traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft
- traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.

- traf gar nicht zu oder nie
- traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal
- traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft
- traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.

- traf gar nicht zu oder nie
- traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal
- traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft
- traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich fand mich ziemlich empfindlich.

- traf gar nicht zu oder nie
- traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal
- traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft
- traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich spürte meinen Herzschlag, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z. B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).

- traf gar nicht zu oder nie
- traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal
- traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft
- traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich fühlte mich grundlos ängstlich.

- traf gar nicht zu oder nie
- traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal
- traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft



traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

Ich empfand das Leben als sinnlos.

traf gar nicht zu oder nie

traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal

traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft

traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

21.) Im Folgenden geben Sie bitte an, wie sehr Sie davon überzeugt sind, bestimmte Dinge oder Tätigkeiten derzeit trotz Schmerzen tun zu können. Es geht bei den Fragen nicht darum, ob Sie diese Dinge schon einmal getan haben, sondern es geht darum, wie überzeugt Sie davon sind, diese Dinge derzeit tun zu können trotz Schmerzen (1 = gar nicht überzeugt, 6 = vollkommen überzeugt).

Ich kann Dinge trotz der Schmerzen genießen.

Ihr Wert:



1 (nicht überzeugt) (vollk. überzeugt) 6

Ich kann die meisten Dinge im Haushalt tun (z. B. aufräumen, abwaschen) trotz der Schmerzen.

Ihr Wert:



1 (nicht überzeugt) (vollk. überzeugt) 6

Ich kann mich mit meinen Freunden oder Familienangehörigen trotz der Schmerzen so oft treffen, wie ich es früher getan habe/wie ich es gewohnt bin.

Ihr Wert:



1 (nicht überzeugt) (vollk. überzeugt) 6

Ich werde mit meinen Schmerzen in den meisten Situationen fertig.

Ihr Wert:



1 (nicht überzeugt) (vollk. überzeugt) 6

Ich kann irgendeine Form von Arbeit ausüben trotz der Schmerzen („Arbeit“ beinhaltet dabei Hausarbeit, bezahlte und unbezahlte Arbeit).

Ihr Wert:



1 (nicht überzeugt) (vollk. überzeugt) 6

Ich kann trotz der Schmerzen immer noch viele Dinge tun, die ich gerne mache, wie z.B. Hobbies oder Freizeitaktivitäten.

Ihr Wert:



1 (nicht überzeugt) (vollk. überzeugt) 6

Ich werde mit meinen Schmerzen auch ohne Medikamente fertig.

Ihr Wert:



1 (nicht überzeugt) (vollk. überzeugt) 6

Ich kann trotz der Schmerzen noch die meisten meiner Ziele im Leben erreichen.

Ihr Wert:



1 (nicht überzeugt) (vollk. überzeugt) 6

Ich kann trotz der Schmerzen noch ein normales Leben führen.

Ihr Wert:



1 (nicht überzeugt) (vollk. überzeugt) 6



Ich kann nach und nach aktiver werden trotz der Schmerzen.

Ihr Wert:

1 (nicht überzeugt)

(vollk. überzeugt) 6

- 22.) 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 etwa konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z. B. Beruf, Schule, Haushalt etc.)?

Bitte geben Sie eine Zahl zwischen 0 und 92 ein.

In welchem Maße wurde Ihr **Alltag** (z. B. Ankleiden, Essen, Einkaufen etc.) durch die Schmerzen beeinträchtigt?

Ihr Wert:

0 (gar nicht)

(völlig) 100

In welchem Maße wurden Ihre **Freizeitaktivitäten** oder **Unternehmungen** im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

Ihr Wert:

0 (gar nicht)

(völlig) 100

In welchem Maße wurde Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) durch die Schmerzen beeinträchtigt?

Ihr Wert:

0 (gar nicht)

(völlig) 100

Geben Sie jetzt bitte Ihre **momentane** Schmerzstärke an

Ihr Wert:

0 (kein)

(stärkst vorstellbar) 100

Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche** Schmerzstärke in den vergangenen Tagen an

Ihr Wert:

0 (kein)

(stärkst vorstellbar) 100

Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte** (z. B. unter Belastung etc.) Schmerzstärke in den vergangenen Tagen an

Ihr Wert:

0 (kein)

(stärkst vorstellbar) 100

- 23.) Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Behandlungsform

kassenärztliche Behandlung

berufsgenossenschaftliche Behandlung

privatärztliche Behandlung

sonstige Behandlung

Krankenkasse (wenn "Behandlungsform" "kassenärztliche Behandlung")

Krankenversicherung für stationäre Behandlung



Grad der Behinderung (GdB)

Nein Ja

Angaben (wenn "GdB" "Ja")

Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt?

Nein Ja

Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

Nein Ja

Angaben (wenn "MdE" "Ja")

Ist eine MdE oder Höherstufung beantragt?

Nein Ja

Zur Zeit arbeitsunfähig?

Nein Ja

Rückkehr an Arbeitsplatz vorauszusehen (wenn "arbeitsunfähig" "Ja")?

Nein Ja

Arbeitsunfähig ab dem Datum (wenn "arbeitsunfähig" "Ja")

In den letzten 3 Monaten arbeitsunfähig?

keine Arbeitsunfähigkeit

vorübergehend arbeitsunfähig

durchgehend arbeitsunfähig

Anzahl Tage (wenn "letzten 3 Monaten arbeitsunfähig" "vorübergehend arbeitsunfähig")

Seit (wenn "letzten 3 Monaten arbeitsunfähig" "durchgehend arbeitsunfähig")

Wird beabsichtigt einen Rentenantrag / Antrag auf Rentenänderung zu stellen?

Nein Ja

Offener Rentenantrag / Rentenänderung?

Nein Ja

Wegen (wenn "Rentenantrag / Rentenänderung" "Ja")

Datum (wenn "Rentenantrag / Rentenänderung" "Ja")

Ist bereits ein Rentenantrag abgelehnt worden?

Nein Ja

Befindet sich derzeit ein Rentenantrag im Widerspruchverfahren?

Nein Ja

Wird derzeit eine Rente bezogen?

Nein Ja

In welchem Zeitraum (wenn "derzeit eine Rente bezogen" "Ja")?

auf Zeit endgültig

bis (wenn "Zeitraum" "auf Zeit")

seit (wenn "Zeitraum" "endgültig")



Berentung welcher Art (wenn "derzeit eine Rente bezogen" "Ja")?

- vorgezogenes Altersruhegeld
- Berufsunfähigkeit
- Erwerbsunfähigkeit
- Erreichen der Altersgrenze
- teilweise Erwerbsminderung
- volle Erwerbsminderung
- Unfallrente
- Witwen- oder Waisenrente

24.) Wir bitten Sie, einige Ihrer üblichen Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten zu beschreiben, wobei vor allem auf Ihr Arbeitsleben Bezug genommen wird. Dazu finden Sie im Folgenden eine Reihe von Aussagen. Lesen Sie jeden dieser Sätze gründlich durch und entscheiden Sie, in welchem Maße er auf Sie persönlich zutrifft.

Bitte machen Sie hier ein Kreuz, wenn Sie unten nur die Empfindungen angekreuzt haben, die für Sie zutreffen (offene Fragen gelten als "1=trifft gar nicht zu").

ja

Die Aussage...

...5=trifft völlig zu

...4=trifft überwiegend zu

...3=trifft teils / teils zu

...2=trifft überwiegend nicht zu

...1=trifft gar nicht zu

1. Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt

5 4 3 2 1

2. Ich möchte beruflich weiter kommen, als es die meisten meiner Bekannten geschafft haben

5 4 3 2 1

3. Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung

5 4 3 2 1

4. Meine Arbeit soll stets ohne Fehl und Tadel sein

5 4 3 2 1

5. Zum Feierabend ist die Arbeit für mich vergessen

5 4 3 2 1

6. Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell

5 4 3 2 1

7. Für mich sind Schwierigkeiten dazu da, dass ich sie überwinde

5 4 3 2 1

8. Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe

5 4 3 2 1

9. Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich

5 4 3 2 1



10. Mit meinem bisherigen Leben kann ich zufrieden sein

5 4 3 2 1

11. Mein Partner/meine Partnerin (o. die Person mit engster persönlichen Beziehung) zeigt Verständnis für meine Arbeit

5 4 3 2 1

12. Die Arbeit ist mein Ein und Alles

5 4 3 2 1

13. Berufliche Karriere bedeutet mir wenig

5 4 3 2 1

14. Bei der Arbeit kenne ich keine Schonung

5 4 3 2 1

15. Ich kontrolliere lieber noch dreimal nach, als dass ich fehlerhafte Arbeitsergebnisse abliefern

5 4 3 2 1

16. Auch in der Freizeit beschäftigen mich viele Arbeitsprobleme

5 4 3 2 1

17. Misserfolge kann ich nur schwer verkraften

5 4 3 2 1

18. Wenn mir etwas nicht gelingt, sage ich mir: "Jetzt erst recht!"

5 4 3 2 1

19. Ich bin ein ruheloser Mensch

5 4 3 2 1

20. In meiner bisherigen Berufslaufbahn habe ich mehr Erfolge als Enttäuschungen erlebt

5 4 3 2 1

21. Im Großen und Ganzen bin ich glücklich und zufrieden

5 4 3 2 1

22. Meine Familie interessiert sich nur wenig für meine Arbeitsprobleme

5 4 3 2 1

23. Ich könnte auch ohne meine Arbeit ganz glücklich sein

5 4 3 2 1

24. Was meine berufliche Entwicklung angeht, so halte ich mich für ziemlich ehrgeizig

5 4 3 2 1

25. Ich arbeite wohl mehr, als ich sollte

5 4 3 2 1

26. Bei meiner Arbeit habe ich den Ehrgeiz, keinerlei Fehler zu machen

5 4 3 2 1

27. Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten

5 4 3 2 1

28. Berufliche Fehlschläge können mich leicht entmutigen

5 4 3 2 1



29. Misserfolge werfen mich nicht um, sondern veranlassen mich zu noch stärkerer Anstrengung

5 4 3 2 1

30. Ich glaube, dass ich ziemlich hektisch bin

5 4 3 2 1

31. Wirkliche berufliche Erfolge sind mir bisher versagt geblieben

5 4 3 2 1

32. Ich habe allen Grund, meine Zukunft optimistisch zu sehen

5 4 3 2 1

33. Von meinem Partner/meiner Partnerin (o. die Person mit engster persönlichen Beziehung) wünschte ich mir mehr Rücksichtnahme auf meine beruflichen Aufgaben und Probleme

5 4 3 2 1

34. Ich brauche die Arbeit wie die Luft zum Atmen

5 4 3 2 1

35. Ich strebe nach höheren beruflichen Zielen als die meisten anderen

5 4 3 2 1

36. Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten

5 4 3 2 1

37. Was immer ich tue, es muss perfekt sein

5 4 3 2 1

38. Feierabend ist Feierabend, da verschwende ich keine Gedanken mehr an die Arbeit

5 4 3 2 1

39. Wenn ich in der Arbeit erfolglos bin, deprimiert mich das sehr

5 4 3 2 1

40. Ich bin mir sicher, dass ich auch die künftigen Anforderungen des Lebens gut bewältigen kann

5 4 3 2 1

41. Ich glaube, ich bin ein ruhender Pol in meinem Umfeld

5 4 3 2 1

42. In meiner beruflichen Entwicklung ist mir bisher fast alles gelungen

5 4 3 2 1

43. Ich kann mich über mein Leben in keiner Weise beklagen

5 4 3 2 1

44. Bei meiner Familie finde ich jede Unterstützung

5 4 3 2 1

45. Ich wüsste nicht, wie ich ohne Arbeit leben sollte

5 4 3 2 1

46. Für meine berufliche Zukunft habe ich mir viel vorgenommen

5 4 3 2 1

47. Mein Tagesablauf ist durch chronischen Zeitmangel bestimmt

5 4 3 2 1



48. Für mich ist die Arbeit erst dann getan, wenn ich rundum mit dem Ergebnis zufrieden bin

5 4 3 2 1

49. Arbeitsprobleme beschäftigen mich eigentlich den ganzen Tag

5 4 3 2 1

50. Ich verliere leicht den Mut, wenn ich trotz Anstrengung keinen Erfolg habe

5 4 3 2 1

51. Ein Misserfolg kann bei mir neue Kräfte wecken

5 4 3 2 1

52. Ich kann mich in fast allen Situationen ruhig und bedächtig verhalten

5 4 3 2 1

53. Mein bisheriges Leben ist durch beruflichen Erfolg gekennzeichnet

5 4 3 2 1

54. Von manchen Seiten des Lebens bin ich ziemlich enttäuscht

5 4 3 2 1

55. Manchmal wünschte ich mir mehr Unterstützung durch die Menschen meiner Umgebung

5 4 3 2 1

56. Es gibt Wichtigeres im Leben als die Arbeit

5 4 3 2 1

57. Beruflicher Erfolg ist für mich ein wichtiges Lebensziel

5 4 3 2 1

58. In der Arbeit verausgabe ich mich stark

5 4 3 2 1

59. Es widerstrebt mir, wenn ich eine Arbeit abschließen muss, obwohl sie noch verbessert werden könnte

5 4 3 2 1

60. Meine Gedanken kreisen fast nur um die Arbeit

5 4 3 2 1

61. Wenn ich irgendwo versagt habe, kann mich das ziemlich mutlos machen

5 4 3 2 1

62. Wenn mir etwas nicht gelingt, bleibe ich hartnäckig und strenge mich um so mehr an

5 4 3 2 1

63. Hektik und Aufregung um mich herum lassen mich kalt

5 4 3 2 1

64. Meine beruflichen Leistungen können sich sehen lassen

5 4 3 2 1

65. Es dürfte nur wenige glücklichere Menschen geben als ich es bin

5 4 3 2 1

66. Wenn ich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand da

5 4 3 2 1



25.) Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen

Wenn ich mich körperlich nicht wohl fühle, dann habe ich mir das selbst zuzuschreiben

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Wenn ich Beschwerden habe, suche ich gewöhnlich einen Arzt auf

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Ob meine Beschwerden länger andauern, hängt vor allem vom Zufall ab

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Wenn ich mich körperlich wohl fühle, dann verdanke ich dies vor allem den Ratschlägen und Hilfen anderer

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Wenn bei mir Beschwerden auftreten, dann habe ich nicht genügend auf mich aufgepasst

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Wenn ich Beschwerden habe, frage ich andere um Rat

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Körperliche Beschwerden lassen sich nicht beeinflussen: wenn ich Pech habe, sind sie plötzlich da

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Wenn ich auf mich achte, bekomme ich keine Beschwerden

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Wenn es das Schicksal so will, dann bekomme ich körperliche Beschwerden

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Wenn bei mir Beschwerden auftreten, bitte ich einen Fachmann, mir zu helfen

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Ob es mir gut geht oder nicht, lässt sich nicht beeinflussen

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Wenn ich keinen guten Arzt habe, habe ich häufiger unter Beschwerden zu leiden

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Ob Beschwerden wieder verschwinden, hängt vor allem davon ab, ob ich Glück habe oder nicht

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Ich kann Beschwerden vermeiden, indem ich mich von anderen beraten lasse

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Ich verdanke es meinem Schicksal, wenn meine Beschwerden wieder verschwinden

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Wenn ich genügend über mich weiß, kann ich mir selbst helfen

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Wenn ich Beschwerden habe, weiß ich, dass ich mir selbst helfen kann

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu



Es liegt an mir, wenn meine Beschwerden nachlassen

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Ich bin der Meinung, dass Glück und Zufall eine große Rolle für mein körperliches Befinden spielen

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Wenn ich mich unwohl fühle, wissen andere am besten, was mir fehlt

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

Es liegt an mir, mich vor Beschwerden zu schützen

Trifft sehr zu Trifft zu Trifft etwas zu Trifft eher nicht zu Trifft nicht zu Trifft gar nicht zu

26.) In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben.

Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie im Moment (d.h. in den letzten 7 Tagen) zutrifft und entscheiden Sie sich für eine der folgenden Auswahlmöglichkeiten:

- Ja (Sie haben keine Schwierigkeiten, diese Tätigkeit auszuführen)
- Ja, aber mit Mühe (Sie können diese Tätigkeit ausführen, haben jedoch Schwierigkeiten dabei)
- Nein, oder nur mit fremder Hilfe (Sie können diese Tätigkeit gar nicht oder nicht allein ausführen)

Können Sie sich strecken, um z. B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen?

ja ja, aber mit Mühe nein, oder nur mit fremder Hilfe

Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z. B. einen vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 Meter weit tragen?

ja ja, aber mit Mühe nein, oder nur mit fremder Hilfe

Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?

ja ja, aber mit Mühe nein, oder nur mit fremder Hilfe

Können Sie sich bücken und einen leichten Gegenstand (z. B. ein Geldstück oder zerknülltes Papier) vom Fußboden aufheben?

ja ja, aber mit Mühe nein, oder nur mit fremder Hilfe

Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?

ja ja, aber mit Mühe nein, oder nur mit fremder Hilfe

Können Sie sich eine Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?

ja ja, aber mit Mühe nein, oder nur mit fremder Hilfe

Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z. B. in einer Warteschlange)?

ja ja, aber mit Mühe nein, oder nur mit fremder Hilfe

Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?

ja ja, aber mit Mühe nein, oder nur mit fremder Hilfe

Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?

ja ja, aber mit Mühe nein, oder nur mit fremder Hilfe

Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z. B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?

ja ja, aber mit Mühe nein, oder nur mit fremder Hilfe

Können Sie einen schweren Gegenstand (z. B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?

ja ja, aber mit Mühe nein, oder nur mit fremder Hilfe



Können Sie 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus noch zu erreichen?

ja ja, aber mit Mühe nein, oder nur mit fremder Hilfe

27.) Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in den vergangenen Tagen meistens gefühlt haben. Bitte wählen Sie für jede Aussage den Wert zwischen 0 und 5 aus, der am ehesten auf Sie zutrifft. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

Trotz der Schmerzen würde ich sagen,...

...ich hatte meine alltäglichen Anforderungen im Griff:

- trifft gar nicht zu
- trifft ein bisschen zu
- trifft etwas zu
- trifft stark zu
- trifft sehr stark zu
- trifft vollkommen zu

...ich war innerlich erfüllt:

- trifft gar nicht zu
- trifft ein bisschen zu
- trifft etwas zu
- trifft stark zu
- trifft sehr stark zu
- trifft vollkommen zu

...ich fühlte mich behaglich:

- trifft gar nicht zu
- trifft ein bisschen zu
- trifft etwas zu
- trifft stark zu
- trifft sehr stark zu
- trifft vollkommen zu

...ich konnte mein Leben genießen:

- trifft gar nicht zu
- trifft ein bisschen zu
- trifft etwas zu
- trifft stark zu



trifft sehr stark zu

trifft vollkommen zu

...ich war mit meiner Arbeitsleistung zufrieden:

trifft gar nicht zu

trifft ein bisschen zu

trifft etwas zu

trifft stark zu

trifft sehr stark zu

trifft vollkommen zu

...ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden:

trifft gar nicht zu

trifft ein bisschen zu

trifft etwas zu

trifft stark zu

trifft sehr stark zu

trifft vollkommen zu

...ich konnte mich richtig freuen:

trifft gar nicht zu

trifft ein bisschen zu

trifft etwas zu

trifft stark zu

trifft sehr stark zu

trifft vollkommen zu

28.) Im Folgenden sind **verschiedene Lebensbereiche** angesprochen. Bitte wählen Sie jeweils aus, wie stark Sie in diesen durch Ihre Schmerzen beeinträchtigt werden.

Häusliche und familiäre Aktivitäten:

Ihr Wert:



Freizeit / Erholung:

Ihr Wert:





Soziale Unternehmungen:

Ihr Wert:



0 (gar nicht)

(völlig) 100

Haus- und Berufsarbeit:

Ihr Wert:



0 (gar nicht)

(völlig) 100

Selbständigkeit in Körperpflege und Alltagsverrichtungen:

Ihr Wert:



0 (gar nicht)

(völlig) 100

Schlaf:

Ihr Wert:



0 (gar nicht)

(völlig) 100

Allgemeine Lebensqualität:

Ihr Wert:



0 (gar nicht)

(völlig) 100

29.) Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung (nach Gerbershagen)

Achse 1: zeitliche Aspekte

Auftretungshäufigkeit:

einmal täglich oder seltener mehrmals täglich dauernd

Dauer:

bis zu mehreren Stunden mehrere Tage länger als eine Woche

Intensitätswechsel:

häufig gelegentlich nie

Achse 2: räumliche Aspekte

Schmerzbild:

monolokulär bilokulär multilokulär oder Panalgesie

Achse 3: Medikamenteneinnahmeverhalten

Medikamenteneinnahme:

unregelmäßiger Gebrauch von max. zwei peripheren Analgetika

max. drei periphere Analgetika, höchstens zwei regelmäßig

regelmäßig mehr als zwei periphere Analgetika oder zentral wirkende Analgetika

Anzahl der Entzugsbehandlungen:

keine eine mehr als eine Entzugsbehandlung

Achse 4: Patientkarriere

Wechsel des persönlichen Arztes:

kein Wechsel max. drei Wechsel mehr als drei Wechsel



Schmerzbedingte Krankenhausaufenthalte:

bis zu einer zwei bis drei mehr als drei

Schmerzbedingte Operationen:

bis zu einer zwei bis drei mehr als drei

Schmerzbedingte Rehabilitationsmaßnahmen:

bis zu einer zwei bis drei mehr als drei

30.) Nicht-medikamentöse Therapie

Physiotherapie / Ergotherapie / Physikalische Maßnahmen

...wenn **Physiotherapie / Ergotherapie / Physikalische Maßnahmen**

- Massagen
- Kälte- / Wärmetherapie
- sonstige physikalische Maßnahmen
- Triggerpunktbehandlung
- Manuelle Therapie
- Osteopathie
- Ergotherapie
- Desensibilisierung, Neglect-Therapie
- Spiegeltherapie
- medizinische Trainingstherapie, Sporttherapie
- Sonstiges

...Beschreibung wenn **Physiotherapie / Ergotherapie / Physikalische Maßnahmen > Sonstiges**

Entspannungsverfahren / Biofeedback / Hypnose

...wenn **Entspannungsverfahren**

- Autogenes Training
- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen
- Biofeedback
- Hypnose
- Sonstige

...Beschreibung wenn **Entspannungsverfahren > Sonstige**

Psychotherapie

...wenn **Psychotherapie**

- Kognitive Verhaltenstherapie (bis 5 Einzeltermine)



- Kognitive Verhaltenstherapie (> 5 Einzeltermine)
- Kognitive Verhaltenstherapie (Gruppensetting, mehr als 5 Termine)
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Gesprächspsychotherapie
- Sonstige

...Beschreibung wenn **Psychotherapie > Sonstige**

TENS

Nicht operative Interventionen

...wenn **Nicht operative Interventionen**

- Infiltrationsanästhesien
- Nervenblockaden, einseitig
- Nervenblockaden, Katheter
- Plexusblockade, einseitig
- Plexusblockade, Katheter
- Sympathikusblockaden / GLOA
- Sympathikusblockaden, Katheter
- Peridurale Injektion
- Peridurale Katheter
- Intrathekale Injektionen
- Intrathekaler Katheter
- Botox-Injektionen
- Facettenblockaden
- Intraartikuläre Injektionen
- Sonstige

...Beschreibung wenn **Nicht operative Interventionen > Sonstige**

Pumpensysteme

...wenn **Pumpensysteme**

Befüllung / Wartung laufendes System

...wenn **Pumpensysteme > Befüllung**

- parenteral
- peridural
- intrathekal



Sonstige

...Beschreibung wenn **Pumpensysteme > Befüllung > Sonstige**

Pumpenimplantation

Pumpenexplantation

Pumpenrevision

...Beschreibung wenn **Pumpensysteme > Pumpenrevision**

Sonstiges

...Beschreibung wenn **Pumpensysteme > Sonstiges**

Stimulationsverfahren

...wenn **Stimulationsverfahren**

SCS

DCS

PNS

Facettendenervationen

Neurodestruktive Verfahren

...wenn **Neurodestruktive Verfahren**

Sympathikusneurolysen

Sonstige neurodestruktive Verfahren

...Beschreibung wenn **Neurodestruktive Verfahren > Sonstige neurodestruktive Verfahren**

Operative schmerztherapeutische Eingriffe

...Beschreibung wenn **Operative Eingriffe**

Akupunktur

...wenn **Akupunktur**

Laser

Körper

Nadel

Kopf

Ohr

Moxibustion

Sonstige komplementäre Therapieverfahren



...Beschreibung wenn **Sonstige komplementäre Therapieverfahren**

Vorstellung in einer interdisziplinären Schmerzkonferenz

Multimodale Schmerztherapie

...wenn **Multimodale Schmerztherapie**

ambulant

teilstationär

stationär

31.) Die folgenden Fragen beziehen sich auf **den / die vergangenen Tag/e**:

Wie war Ihr allgemeines Wohlbefinden? (Wählen Sie das Feld aus, das Ihrem Befinden am besten entspricht)

sehr schlecht schlecht gut sehr gut

Wie war Ihre nächtliche Schlafdauer?

ausreichend nicht ausreichend

Hatten Sie Dauerschmerzen?

nein ja

Wurden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt?

nein ein wenig deutlich stark fast völlig

Führten die Schmerzen zu einer Beeinträchtigung Ihrer Stimmung?

nein ein wenig deutlich stark sehr stark

Hatten Sie das Gefühl, die Schmerzen lindernd beeinflussen zu können?

nein ein wenig deutlich stark sehr stark

Hatten Sie sonstige Beschwerden? (Mehrfachnennungen sind möglich)

<input type="checkbox"/> keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Lustlosigkeit
<input type="checkbox"/> Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Andere

Wörtliche Angabe des Patienten (wenn "Andere")

32.) Bei den nachfolgenden Fragen geht es um die **Beurteilung Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes**. Ihre Antworten ermöglichen es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurecht kommen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Auswahlmöglichkeiten die Antwort ankreuzen, die am ehesten 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 Tagen **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 Tagen **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 stellten die Schmerzen in den vergangenen Tagen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf eine Behinderung dar?

überhaupt nicht ein bisschen mäßig ziemlich sehr

In diesen Fragen geht es um Ihr **aktuelles Wohlbefinden** in den vergangenen Tagen (bitte kreuzen Sie in jeder Zeile den Begriff an, der Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den vergangenen Tagen...

...ruhig und gelassen?

immer meistens ziemlich manchmal selten nie

...voller Energie?

immer meistens ziemlich manchmal selten nie

...entmutigt und traurig?

immer meistens ziemlich manchmal selten nie

Wie häufig stellte Ihre körperliche Gesundheit oder Ihre seelischen Probleme in den vergangenen Tagen eine Beeinträchtigung Ihrer Kontakte zu anderen Menschen (z. B. Besuche bei Freunden, Bekannten etc.) dar?

immer meistens manchmal selten nie

33.) Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen.

Benutzen Sie jemals **mehr** von Ihrer Medikation, d. h. nehmen Sie eine höhere Dosis als Ihnen verschrieben wurde?

ja nein



Benutzen Sie jemals Ihre Medikation **häufiger**, d. h. verkürzen Sie die Zeit zwischen Dosierungen, als Ihnen verschrieben wurde?

ja nein

Haben Sie jemals früher Nachfüllmengen für Ihre Schmerzmedikamente benötigt?

ja nein

Haben Sie nach der Einnahme Ihrer Schmerzmedikamente jemals ein Hochgefühl bekommen oder einen Kick erlebt?

ja nein

Benutzen Sie jemals Ihre Schmerzmedikamente, weil Sie sich ärgern oder um andere Probleme als Schmerzen zu lösen bzw. damit umzugehen?

ja nein

Haben Sie auf der Suche nach zusätzlichen Schmerzmedikamenten schon jemals mehrere Ärzte einschl. Notfallärzten aufgesucht?

ja nein

34.) Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Yellow Flags

Yellow Flags: Fühlen

Ängstlichkeit (bes. bzgl. körperlicher Symptome)

ja nein

Erhöhte Körperwahrnehmung

ja nein

Katastrophisieren, starkes Schmerzerleben

ja nein

Rentenbegehren

ja nein

Unzufriedenheit mit der Arbeit

ja nein

Geringe Selbstkompetenzeinschätzung bzgl. der eigenen Gesundheit

ja nein

Einschätzung der allgemeinen Gesundheit als schlecht

ja nein

Yellow Flags: Verhalten

Angst-, Schon- und Vermeidungsverhalten (z. B. Vermeidung körperlicher Aktivitäten, die dem Rücken schaden; Überzeugung, dass die gegenwärtige Arbeit und / oder Hobbys mit den augenblicklichen Schmerzen unmöglich sind)

ja nein

Mangelnde Fitness, wenig körperliche Aktivität, geringe Kondition, Übergewicht, Rauchen

ja nein

Forderung von sozialer Unterstützung (z. B. Forderung von Entlastung durch Familie, Arbeitskollegen)

ja nein

Ausgeprägte Ruhezeiten, Bettruhe

ja nein



Extremes Durchhalteverhalten, Verstärkung der Anforderungen an die eigene Leistungsfähigkeit, Negierung der Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit

ja nein

Yellow Flags: Verstehen

Falsche Vorstellungen bzgl. der Schmerzbedeutung: z. B. Schmerzen sind gefährlich, Schmerzen sind ein Warnsignal

ja nein

Unpassendes Krankheitsentstehungs-Modell (z. B. Rückenschmerzen wurden durch verstärken Schmerzen; körperliche Aktivitäten könnten dem Rücken schaden)

ja nein

Unpassendes Behandlungsmodell: (z. B. Ruhe unterstützt die Heilung; keine Durchführung von Übungen, bevor die Schmerzen nicht zurückgegangen sind)

ja nein

Yellow Flags: Familie

Belastungen Familie / privates Umfeld

ja nein

Überprotektiver Partner

ja nein

Bestrafungsverhalten durch Partner

ja nein

Geringe Bereitschaft der Familie, über Probleme zu sprechen

ja nein

Verhalten und Überzeugungen der Familie bzgl. der Rückenschmerzen, z. B. Notwendigkeit der Schonung, Vermeidung von Belastung, Entschuldigung

ja nein

Verstärkung des Krankheitsverhaltens durch die Familie

ja nein

Yellow Flags: Arbeit

AU länger als 4 - 6 Wochen

ja nein

Arbeitslosigkeit

ja nein

Schwerarbeit

ja nein

Niedriges Ausbildungsniveau

ja nein

Anhaltende Belastung am Arbeitsplatz

ja nein

Monotone Körperhaltung (auch sitzende Tätigkeit)

ja nein

Vibration

ja nein



Geringes Interesse des Arbeitgebers / des beruflichen Umfeldes

ja nein