Dr. med. Matthias Bräuer
Praxis für Orthopädie & Rheumatologie

Datum:

Name: Vorname:

Deutscher Schmerzfragebogen

Bitte beantworten Sie nachstehende Fragen:

0 = Überhaupt nicht
1 = Zu einem gewissen Grad oder manchmal
2 = In beträchtlichem Maß oder ziemlich oft
3 = Sehr stark oder die meiste Zeit

In der letzten Woche

1. fand ich es schwer, zur Ruhe zu kommen	0 1 2 3
2. Ich hatte einen trockenen Mund.	0 1 2 3
3. konnte ich keine positiven Gefühle empfinden	0 1 2 3
4. hatte ich Atemprobleme, obwohl ich mich körperlich nicht angestrengt habe	0 1 2 3
5. fiel es mir schwer, Dinge zu erledigen	0 1 2 3
6. tendierte ich dazu, auf Situationen überzureagieren	0 1 2 3
7. habe ich gezittert (z.B. an den Händen)	0 1 2 3
8. habe ich viel nervöse Energie in mir gespürt	0 1 2 3
9. hatte ich Sorge, in Panik zu geraten oder mich lächerlich zu machen	0 1 2 3
10. hatte ich das Gefühl, mich über nichts freuen zu können	0 1 2 3
11. bemerkte ich, daß ich mich zu schnell aufrege	0 1 2 3
12. fand ich es schwer, mich zu entspannen	0 1 2 3
13. empfand ich Niedergeschlagenheit und Trauer	0 1 2 3
14. nervten mich Dinge, die mich von meinen begonnen Tätigkeiten abhielten	0 1 2 3
15. fühlte ich mich einer Panik nahe	0 1 2 3
16. konnte ich mich für nichts begeistern	0 1 2 3
17. hatte ich das Gefühl, als Mensch nicht viel wert zu sein	0 1 2 3
18. hielt ich mich für ziemlich empfindlich	0 1 2 3
19. habe ich auch ohne besondere Belastung meinen Herzschlag gespürt	0 1 2 3
20. habe ich mich grundlos ängstlich gefühlt	0 1 2 3
21. empfand ich mein Leben als sinnlos	0 1 2 3

Dr. med. M. Bräuer

1. Wie oft traten die Schmerzen in den letzten 4 Wochen auf ?

einmal tgl. oder seltener ( ), mehrmals tgl. ( ), Dauerschmerz ( )

1. Wie lange halten die Schmerzen in der Regel an ?

bis zu mehreren Stunden ( ), mehrere Tage ( ), länger als eine Woche oder dauernd ( )

2. Wie häufig wechselt die Schmerzintensität?

häufig ( ), gelegentlich ( ), nie ( )

2. Wo ist der Schmerz lokalisiert ?

- an einer Körper-/Gelenkregion z.B. re. Arm oder li. Bein ( )
- an zwei Körper-/Gelenkregionen z.B. re. Bein und Lendenwirbelsäule ( )
- an mehr als zwei Körper-/Gelenkregionen ( )

3. Wie häufig nutzen Sie Schmerzmedikamente (Analgetika)?

- unregelmäßiger Gebrauch von max. 2 Analgetika ( )
- max. 3 Analgetika, höchsten 2 regelmäßig ( )
- regelmäßig mehr als 2 Analgetika ( )

3. Mußten Sie sich jemals einer Analgetika-Entzugsbehandlung unterziehen?

Keine ( ) ja, eine ( ) ja, mehrere ( )

4. Wie oft haben Sie bereits Ihren behandelnden Schmerzarzt gewechselt ?

kein Wechsel ( ) max. 3 Wechsel ( ) mehr als 3 Wechsel ( )

4. Wie oft waren Sie bereits wegen Ihrer Schmerzen im Krankenhaus?

bis 1 ( ) 2-3 ( ) mehr als 3 ( )

5. Hatten sie aufgrund Ihrer Schmerzen bereits Operationen?

bis 1 ( ) 2-3 ( ) mehr als 3 ( )

6. Hatten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen bereits Rehabilitationsmaßnahmen:

keine ( ) 1-2 ( ) mehr als 2 ( )

Dr. med. M. Bräuer

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht

Wie stark sind Sie aufgrund Ihrer Gesundheit eingeschränkt beim

2. Verrichten mittelschwere Tätigkeiten (z.B. einen Tisch verschieben, Staubsaugen, Kegeln)?

stark eingeschränkt etwas eingeschränkt überhaupt nicht eingeschränkt

3. Steigen mehrerer Treppenabsätze?

stark eingeschränkt etwas eingeschränkt überhaupt nicht eingeschränkt

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund ihrer körperlichen Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten? (Bitte unterstreichen o. ankreuzen)

4. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.

nie selten manchmal meistens immer

5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.

nie selten manchmal meistens immer

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

6. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.

nie selten manchmal meistens immer

7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.

nie selten manchmal meistens immer

Inwieweit haben Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt?

8. überhaupt nicht ein wenig mäßig ziemlich sehr

Wie oft fühlten Sie sich in den vergangenen 4 Wochen...

9. ... ruhig und gelassen?

immer meistens ziemlich oft manchmal selten nie

10. ... voller Energie?

immer meistens ziemlich oft manchmal selten nie

11. ... entmutigt und traurig?

immer meistens ziemlich oft manchmal selten nie

12. Wie häufig stellten Ihre körperliche Gesundheit oder Ihre seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen eine Beeinträchtigung Ihrer Kontakte zu anderen Menschen (z.B. Besuche bei Freunden) dar?

immer nie meistens manchmal selten

Dr. med. M. Bräuer

1. **Wie würden Sie ihren Schmerz aktuell beschreiben?**

(Bitte bewerten Sie jede Aussage auf einer Skala von 0 = trifft gar nicht zu bis 5 = trifft vollständig zu.)

1. Der Schmerz brennt.	0 1 2 3 4 5
2. Der Schmerz fühlt sich wie elektrisierende Stöße an.	0 1 2 3 4 5
3. Der Schmerz sticht plötzlich ein.	0 1 2 3 4 5
4. Der Schmerz zieht entlang eines bestimmten Nervenverlaufs.	0 1 2 3 4 5
5. Der Schmerz fühlt sich kribbelnd oder prickelnd an.	0 1 2 3 4 5
6. Der betroffene Bereich ist empfindlicher als normal.	0 1 2 3 4 5
7. Leichte Berührungen verursachen mir Schmerzen.	0 1 2 3 4 5

2. **Welche Intensität hat der von Ihnen empfundene Schmerz?**

(Bitte geben Sie die Stärke des Schmerzes auf einer Skala von 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz an.)

8. Aktueller Schmerz:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Stärkster Schmerz der letzten 4 Wochen:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Durchschnittlicher Schmerz der letzten 4 Wochen:	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. **Welcher Verlauf beschreibt Ihren Schmerz am besten?** (bitte eine Antwort ankreuzen)

☐ Der Schmerz ist dauerhaft gleichbleibend.
☐ Der Schmerz schwankt, ist aber immer vorhanden.
☐ Der Schmerz kommt in Anfällen und ist dazwischen kaum vorhanden.
☐ Der Schmerz wandert oder breitet sich zeitweise aus.

4. **Bewerten Sie bitte die Qualität des Schmerzes**

(Bitte auf einer Skala 0 = nein bis 5 = sehr stark bewerten.)

12. Gefühl von Taubheit	0 1 2 3 4 5
13. Gefühl, dass Wärme oder Kälte anders wahrgenommen wird	0 1 2 3 4 5
14. Gefühl, dass der Bereich bei Druck stärker reagiert als normal	0 1 2 3 4 5

5. **Was verstärkt den Schmerz?**

(Mehrfachangabe möglich oder keine Angabe)

☐ Leichte Berührung ☐ Wärme ☐ Bewegung ☐ Kälte ☐ Druck

Dr. med. M. Bräuer

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in den verschiedenen Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt sind. Das heißt: Wie sehr hindern die Schmerzen Sie daran, ein normales Leben zu führen?

(Kreuzen Sie bitte für jeden der sieben Lebensbereiche die Zahl zwischen 0-10 an, die die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, und ein Wert von 10 gibt an, daß Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.)

Familiäre und häusliche Verpflichtungen (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfaßt Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeiten) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

Erholung (dieser Bereich umfaßt Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

Soziale Aktivitäten (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z. B. Feste, Theater- und Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

Beruf (dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben; gemeint ist auch Hausfrauen(männer)tätigkeit)
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

Sexualleben (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

Selbstversorgung (dieser Bereich umfaßt Aktivitäten, die Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z. B. sich waschen und anziehen, Autofahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

Lebensnotwendige Tätigkeiten (dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

Dr. med. M. Bräuer

Wie hoch ist die von Ihnen wahrgenommene Schmerzintensität auf einer Skala von 0-10 ?
(1 = niedrigste Schmerzintensität, 10 = höchste Schmerzintensität)

7. momentan: (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
8. durchschnittlich in den letzten 4 Wochen: (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
9. größte Schmerzstärke in den letzte 4 Wochen: (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

Wie sehr sind Sie schmerzbedingt beeinträchtigt auf einer Skala von 0-10 (10 = am stärksten)?

- im Alltag: (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- bei Freizeitaktivitäten: (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- in Ihrer Arbeitsfähigkeit: (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

Wie oft waren übliche Aktivitäten in letzten drei Monaten aufgrund von Schmerzen nicht möglich?

- an bis zu 3 Tagen (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- an 4-7 Tagen (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- an 8-15 Tagen (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- an 16 und mehr Tagen (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

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

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

Ich empfinde meine Schmerzen als.....

dumpf	0	1	2	3
drückend	0	1	2	3
pochend	0	1	2	3
klopfend	0	1	2	3
stechend	0	1	2	3
ziehend	0	1	2	3
heiß	0	1	2	3
brennend	0	1	2	3
elend	0	1	2	3
schauderhaft	0	1	2	3
scheußlich	0	1	2	3
furchtbar	0	1	2	3

Dr. med. M. Bräuer