



## Fragebogen für Schmerz-Patienten

Sehr geehrter Patient,

die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankengeschichte.

Sie dienen zusätzlich zu den vorhandenen medizinischen Berichten und Befunden der Klärung Ihres Krankheitsbildes und erleichtern uns die Planung Ihrer weiteren Diagnostik und Behandlung. Die gewissenhafte und vollständige Beantwortung aller Fragen liegt daher in Ihrem eigenen Interesse. Manche Fragen werden Ihnen unwichtig oder sogar „indiskret“ vorkommen und scheinen überhaupt nicht im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen zu stehen. „Schmerzen“ sind jedoch ein so umfassendes Problem, dass wir möglichst viele Einzelheiten von Ihnen erfahren müssen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen selbstständig und ohne fremde Hilfe aus.

Alle Daten dieses Fragebogens unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes unterworfen.

Bitte berücksichtigen Sie, dass wir uns im Rahmen der Schmerztherapie auf die von Ihnen mitgebrachten Voruntersuchungs-Ergebnisse stützen und keine weiterführende Diagnostik zu möglichen Ursachen für Ihre Schmerzen veranlassen können.

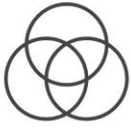
Für Ihre Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie erreichen uns unter den folgenden Telefonnummern:

Ambulante Schmerztherapie Rüttenscheid, Montag bis Donnerstag ab 13.30 Uhr  
0201 434-2579

Stationäre Schmerztherapie Rüttenscheid, Montag bis Freitag 8.00 bis 16.00 Uhr  
0201 434-2732/2506

Stationäre Schmerztherapie Steele, Montag bis Freitag 8.00 bis 12.00 Uhr  
0201 805-1075

Ihr Behandlungsteam  
Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie



# Alfried Krupp Krankenhaus

Datum: \_\_\_\_\_

1. Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

2. Geschlecht: männlich  weiblich

3. Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon, privat: \_\_\_\_\_ Telefon, dienstlich: \_\_\_\_\_

4. Personenstand: ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

5. Körpergröße (cm): \_\_\_\_\_ Körpergewicht (kg): \_\_\_\_\_

6. Name, Adresse und Telefonnummer des überweisenden Arztes:  
\_\_\_\_\_

7. Name, Adresse und Telefonnummer des Hausarztes:  
\_\_\_\_\_

8. Entfernung von ihrer Wohnung bis zu unserer Praxis/ Klinik (in km): circa \_\_\_\_\_

9. Krankenkasse für ambulante Behandlung: \_\_\_\_\_

10. Krankenkasse für stationäre Behandlung: \_\_\_\_\_

11. Zusatzversicherung für stationäre Behandlung: ja  nein

12. Beihilfe-Berechtigung: ja  nein

13. Name des Stammversicherten: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

14. Beruf: \_\_\_\_\_ arbeitslos  Rentner

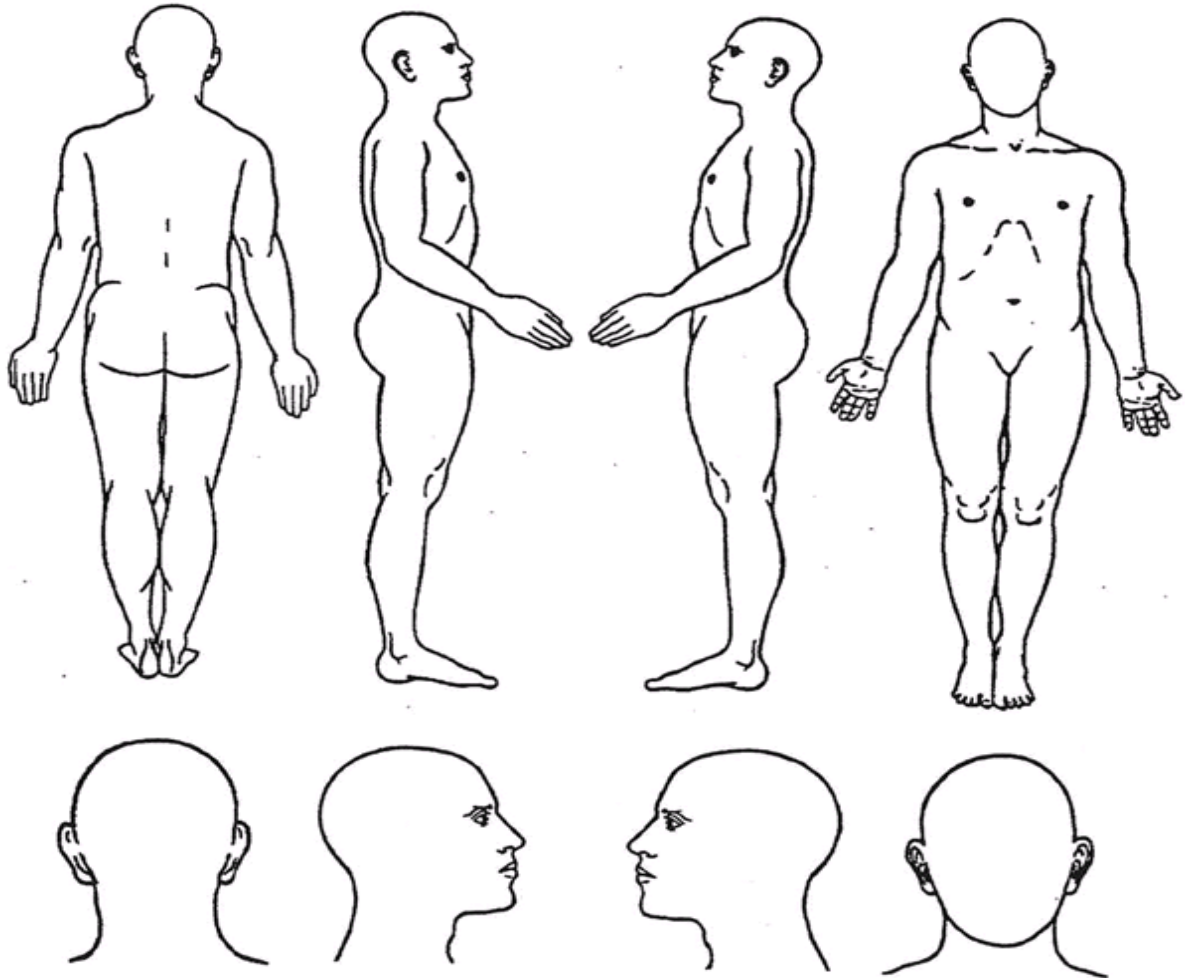
15. Sind Sie zurzeit gehfähig? ja  nein

16. Sind Sie für Ihre eigene Versorgung (Körperpflege, Anziehen, Essen) auf fremde Hilfe angewiesen? ja  nein



17. Malen Sie bitte in den nachfolgenden Körperschemata ein, wo Sie überall Schmerzen haben.

Bitte kennzeichnen Sie das ganze Schmerzgebiet (durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber bzw. durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern etc.), damit wir wirklich wissen, wo Sie überall Schmerzen haben.



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

---

---

---

---

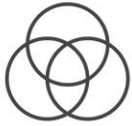
Bitte benutzen Sie für weitere Ausführungen ein Extrablatt.



19. Bitte geben Sie anhand der folgenden Liste an, wo Sie überall Schmerzen haben.

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Schmerzgebiete an. Für beidseitige Schmerzen markieren Sie bitte links und rechts.

	links	rechts	Mitte
Gesicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stirn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläfe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkiefer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterkiefer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundhöhle/ Zähne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken/ Hinterkopf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untere Halswirbelsäule.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obere Schulter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schultergelenk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberarm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterarm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand/ Finger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obere Rückenhälfte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb vorn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb seitlich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberbauch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterbauch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch seitlich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
untere Rückenhälfte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß/ Steißbein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftgelenk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberschenkel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterschenkel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuß/ Zehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Becken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsorgane.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afterbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Gelenke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Die Fragen 20 – 33 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen (Frage 20).

Nachdem Sie in den bisherigen Fragen Angaben zu allen Schmerzarten gemacht haben, bitten wir Sie nun, sich auf einen Hauptschmerz (siehe Frage 20) festzulegen. Die Fragen 21 bis 33 können von uns nur dann richtig beurteilt werden, wenn sich Ihre Angaben auf Ihren Hauptschmerz (Frage 20) beziehen.

20. Kreuzen Sie jetzt bitte bei dieser Frage ausschließlich Ihren Hauptschmerz an. Legen Sie sich dabei auf einen Hauptschmerz fest.

	links	rechts	Mitte
Mund/ Gesicht/ Kopf .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals-/ Nackenbereich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulter/ Arm/ Hand .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb/ obere Rückenhälfte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchbereich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
untere Rückenhälfte/ Gesäß .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte/ Bein/ Fuß .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beckenbereich .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsorgane/ After .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Gelenke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesamter Körper .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Wo fühlen Sie Ihre Hauptschmerzen? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

in der Tiefe .....	<input type="checkbox"/>
oberflächlich (in der Haut, in der Schleimhaut) .....	<input type="checkbox"/>
außerhalb des Körpers (z. B. Phantomglied) .....	<input type="checkbox"/>

22. Wechselt Ihr Hauptschmerz? ja  nein

23. Seit wann bestehen Ihre Hauptschmerzen? Datum: \_\_\_\_\_  
Tag                      Monat                      Jahr

24. Litt oder leidet in Ihrer Familie jemand an ähnlichen Schmerzen? ja  nein

Wenn ja, an welchen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



25. Die nachfolgenden Aussagen beschreiben die Schmerzempfindungen genauer. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit die vorgegebenen Empfindungen für Ihre Schmerzen stimmen.

Sie haben bei jeder Aussage vier Antwortmöglichkeiten:

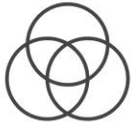
4 = trifft genau zu    3 = trifft weitgehend zu    2 = trifft ein wenig zu    1 = trifft nicht zu

Beurteilen Sie Ihre Schmerzen so, wie sie in der letzten Zeit typisch sind.

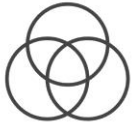
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz und lassen Sie bei der Beantwortung keine Aussage aus.

	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 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 schauerhaft.....	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

SES © Hogrefe 1996



26. Wie häufig treten Ihre Hauptschmerzen auf? (Bitte nur eine Angabe machen.)
- wenige Male pro Jahr.....
- wenige Male pro Monat.....
- mehrmals pro Woche.....
- einmal täglich.....
- mehrmals täglich.....
- Meine Schmerzen sind dauernd vorhanden.....
27. Welche der Aussagen trifft auf Ihre Hauptschmerzen zu? (Bitte nur eine Angabe machen.)
- Meine Schmerzen treten nur anfallsweise auf, dazwischen bin ich schmerzfrei.....
- Meine Schmerzen sind dauernd vorhanden.....
- Meine Schmerzen sind dauernd vorhanden, aber zusätzlich treten Schmerzanfälle auf.....
28. Falls Sie einzelne Schmerzanfälle haben, geben Sie bitte an, wie lange üblicherweise ein Anfall dauert. (Bitte nur eine Angabe machen.)
- Sekunden.....
- Minuten.....
- Stunden.....
- Tage.....
- länger als 1 Woche.....
29. Bitte geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Hauptschmerzen an. Kreuzen Sie bitte an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden. Ein Wert von 0 bedeutet dabei, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind.
- 29.1 Geben Sie zunächst Ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:
- [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
- kein Schmerz stärkster  
vorstellbarer Schmerz
- 29.2 Geben Sie jetzt bitte Ihre größte Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:
- [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
- kein Schmerz stärkster  
vorstellbarer Schmerz
- 29.3 Geben Sie jetzt bitte die geringste Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:
- [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
- kein Schmerz stärkster  
vorstellbarer Schmerz
- 29.4 Geben Sie bitte jetzt Ihre momentane Schmerzstärke (beim Ausfüllen des Fragebogens) an:
- [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
- kein Schmerz stärkster  
vorstellbarer Schmerz
- 29.5 Geben Sie jetzt an, welche Schmerzstärke für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich wäre:
- [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
- kein Schmerz stärkster  
vorstellbarer Schmerz



30. Geben Sie bitte an, ob sich die Stärke Ihrer Schmerzen verändern kann. (Bitte nur eine Angabe machen.)

- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt häufig (z. B. mehrmals täglich).....
- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt gelegentlich (z. B. wenige Male pro Woche).....
- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt niemals.....

31. Auf welche Ursache führen Sie Ihre Hauptschmerzen zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- auf Krankheit.....
- auf Operation.....
- auf Unfall.....
- auf körperliche Belastung.....
- auf seelische Belastung.....
- auf Vererbung.....
- auf eine andere Ursache:.....
- Für mich ist keine Ursache erkennbar.....

32. 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, die am ehesten zutrifft.

	lindernd	kein Einfluss	verstärkend
Körperliche Belastung (z. B. Treppen gehen, Lasten heben, Tragen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Belastung (z. B. Stress, Ärger, Aufregung).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einseitige Körperhaltung (z. B. längeres Sitzen, Stehen, Gehen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiger Lagewechsel, Bewegung, Herumlaufen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich ausruhen, hinlegen, ruhig halten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meine Schmerzen sind durch nichts zu beeinflussen.      stimmt nicht                       stimmt

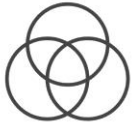
33. Bitte kreuzen Sie an, welche Begleiterscheinungen zusammen mit Ihren Hauptschmerzen auftreten. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz; wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

Es treten keine Begleiterscheinungen zusammen mit meinen Hauptschmerzen auf.....

Es treten folgende Begleiterscheinungen auf:

	immer	häufig	gelegentlich	nie
Übelkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichtempfindlichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräuschempfindlichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen, wie z. B. Flimmern vor den Augen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwellung und/oder Rötung im Schmerzgebiet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit der Haut im Schmerzgebiet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





34. Wurden Sie wegen aller Ihrer Schmerzen schon einmal operiert? ja  nein

Art der Operation:

Datum:

Dauer der Schmerzlinderung (in Monaten):

1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Tag                  Monat                  Jahr

Wenn mehr als vier Schmerzoperationen durchgeführt wurden: \_\_\_\_\_ mal operiert.

35. Wurden bei Ihnen andere, nicht schmerzbezogene Operationen durchgeführt? ja  nein

Art der Operation:

Datum:

1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____

Tag                  Monat                  Jahr

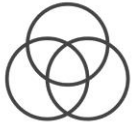
36. Haben Sie Unfälle gehabt? ja  nein

Wenn ja:

Datum:

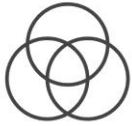
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Tag                  Monat                  Jahr



37. Welche Behandlungen und mit welchem Erfolg sind bei Ihnen wegen Ihrer Hauptschmerzen bisher durchgeführt worden?

	Erfolg	Teilerfolg	kein Erfolg	verschlimmert	nicht angewandt
Medikamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuraltherapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärme-/Kältebehandlung (Fango).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesprächs-/Psychotherapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homöopathische Therapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bäder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diät.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spritzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirotherapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autogenes Training.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrotherapie / TENS.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungsverfahren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenblockaden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurolysen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biofeedback.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quaddeln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:					
(z. B. AM-Pumpen, Laser, Röntgenbestrahlung).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunsttherapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



38. Geben Sie möglichst alle Medikamente an, die Sie in den letzten 6 Monaten eingenommen haben.  
Geben Sie auch an, ob sie die Medikamente regelmäßig einnehmen (z. B. 3 x 1 Tablette oder „nach Bedarf“).

Ich habe in den letzten sechs Monaten keine Medikamente genommen

Ich habe in den letzten sechs Monaten folgende Medikamente genommen:

Medikament	Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen) und Stärke	Dosierung	Zeitraum
Beispiel: Paracetamol	Tablette 500 mg	3 x 1 pro Tag	Januar bis März 2007

39. Haben Sie früher andere Medikamente gegen Ihre Schmerzen eingenommen? ja  nein   
Wenn ja, an welche können Sie sich erinnern? \_\_\_\_\_

40. Wurde bei Ihnen ein Medikamenten-Entzug durchgeführt? ja  nein   
Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

41. Hatten Sie im Erwachsenenalter andere schwerwiegende Erkrankungen?  
Bitte Zutreffendes ankreuzen und bei jeder Erkrankung die genauen Angaben machen:

- 41.1 Herzerkrankungen (z. B.: Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschwäche, Rhythmusstörungen) ja  nein   
Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann? \_\_\_\_\_

- 41.2 Kreislauferkrankungen (z. B.: Hochdruck, Unterdruck, Schlaganfall, Arterienverkalkung, Aneurysma) ja  nein   
Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann? \_\_\_\_\_



41.3 Bösartige Erkrankungen / Tumoren ja  nein   
Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann? \_\_\_\_\_

41.4 Erkrankungen des Nervensystems wie Anfallsleiden (Epilepsie),  
Nervenleiden, Gemütskrankungen ja  nein   
Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann? \_\_\_\_\_

41.5 Stoffwechselerkrankungen (z. B.: Diabetes (Zucker), Gicht, Erhöhung der  
Blutfette, Schilddrüsen- und andere Hormondrüsen-Erkrankungen) ja  nein   
Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann? \_\_\_\_\_

41.6 Lungenerkrankungen (z. B.: chronischer Husten, Asthma, Bronchitis,  
Emphysem, Tuberkulose, Lungenentzündung) ja  nein   
Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann? \_\_\_\_\_

41.7 Magen-Darm- und Enddarmkrankungen  
(z. B.: Entzündungen, Geschwüre, Blutungen) ja  nein   
Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann? \_\_\_\_\_

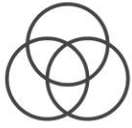
41.8 Harnwegserkrankungen (Niere, Blase, Harnröhre)  
(z. B.: Entzündungen, Steine, Blutungen, chronisches Nierenversagen) ja  nein   
Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann? \_\_\_\_\_

41.9 Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen, Gallenleiden  
(z. B.: Entzündungen, Steine) ja  nein   
Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann? \_\_\_\_\_

41.10 Unterleibserkrankungen, Erkrankungen der Geschlechtsorgane ja  nein   
Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann? \_\_\_\_\_

41.11 Unverträglichkeiten, Allergien (z. B.: Pflaster, Lebensmittel,  
Wasch-/ Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub) ja  nein   
Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann? \_\_\_\_\_

41.12 Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente? ja  nein   
Welche Medikamente, in welchem Jahr, bzw. seit wann? \_\_\_\_\_



42. 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 an, die die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung; ein Wert von 10 gibt an, dass Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.

42.1 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]
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

42.2 Erholung (Dieser Bereich umfasst Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten.)

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

42.3 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]
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

42.4 Beruf (Dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufes 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]
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

42.5 Sexualleben (Dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und Qualität des Sexuallebens.)

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

42.6 Selbstversorgung (Dieser Bereich umfasst Aktivitäten, die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z. B. waschen und anziehen, Autofahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein.)

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

42.7 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]
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

Bitte prüfen Sie nochmals, ob Sie alle sieben Feststellungen beantwortet haben.

PDI Dillmann, Nilges, Saile, Gerbershagen



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

Antworten:                      selten                      = weniger als 1 Tag oder überhaupt nicht  
     manchmal                = 1 bis 2 Tage lang  
     öfters                    = 3 bis 4 Tage lang  
     meistens                = die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

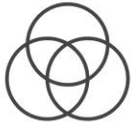
Während der letzten Woche ...	selten	manchmal	öfters	meistens
haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatte ich kaum Appetit. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/ Familie versuchten aufzumuntern. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kam ich mir genauso gut vor wie andere. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war ich deprimiert/ niedergeschlagen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war alles anstrengend für mich. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatte ich Angst. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich schlecht geschlafen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war ich fröhlich gestimmt. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich weniger geredet als sonst. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fühlte ich mich einsam. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
waren die Leute unfreundlich zu mir. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich das Leben genossen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
musste ich weinen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war ich traurig. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatte ich das Gefühl, dass die Leute mich nicht leiden können. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
konnte ich mich zu nichts aufraffen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ADS © 1993 Hogrefe

Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Feststellungen beantwortet haben.

44. Leben Sie in häuslicher Gemeinschaft? (Mehrfachantworten sind möglich.)

- Ich lebe mit Ehepartner/ Partner. ....
- Ich lebe bei Eltern/ Schwiegereltern. ....
- Ich lebe mit Kindern. ....
- Ich lebe mit anderen Verwandten. ....
- Ich lebe mit Freunden/ Bekannten. ....
- Nein, ich lebe allein. ....



45. Welchen Ausbildungs- bzw. Berufsstand haben Sie zur Zeit?

- Schüler/ Student/ Auszubildende .....
- Umschüler .....
- Arbeiter .....
- Angestellte .....
- Beamter .....
- bin im Vorruhestand .....
- selbstständig als .....
- Hausfrau/ Hausmann .....

46. Welche Schulausbildung haben Sie?

- keinen Abschluss .....
- Hauptschulabschluss .....
- Mittlere Reife .....
- Abitur .....
- Hochschule/ Fachhochschule .....

47. Haben Sie eine Berufsausbildung? ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wenn ja, arbeiten Sie noch in diesem Beruf? ja  nein

Welche Tätigkeit üben Sie momentan aus?

(Hausarbeit eingeschlossen, bei Arbeitslosigkeit die zuletzt ausgeübte Tätigkeit):

\_\_\_\_\_

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

- geringe körperliche Belastung .....
- mittlere körperliche Belastung .....
- hohe körperliche Belastung .....

Die Fragen 48 bis 52 sind nur zu beantworten, wenn Sie derzeit in einem Arbeitsverhältnis stehen oder selbstständig sind.

49. Wer ist Ihr Arbeitgeber? \_\_\_\_\_

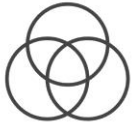
50. Ist Ihr Arbeitsplatz gefährdet? ja  nein

Wenn ja, warum: betriebsbezogen  krankheitsbedingt  sonstige Gründe

51. Sind Sie zurzeit wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig? ja  nein

Wenn ja, seit wann?

Tag                      Monat                      Jahr



52. Wie viele Tage waren Sie in den letzten sechs Monaten wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig? ca. \_\_\_\_\_ Tage

53. Glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können? ja  nein

54. Falls Sie Hausfrau oder Hausmann sind:

54.1 Können Sie zurzeit trotz Ihrer Schmerzen Ihre normale Hausarbeit verrichten? ja  nein   
Wenn nein, seit wann nicht? \_\_\_\_\_  
Tag      Monat      Jahr

54.2 Wie viele Tage konnten Sie in den letzten sechs Monaten wegen Ihrer Schmerzen Ihre normale Hausarbeit nicht verrichten? ca. \_\_\_\_\_ Tage

54.3 Glauben Sie, dass Sie Ihre normale Hausarbeit in Zukunft wieder verrichten können? ja  nein

55. 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, wie viel Prozent    \_\_\_\_\_ %  
GdB:    nein     beantragt     ja       Wenn ja, wie viel Prozent    \_\_\_\_\_ %

56. Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt, der noch nicht entschieden ist? ja  nein   
Wenn ja, wegen: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Tag      Monat      Jahr

Beabsichtigen Sie einen Rentenanspruch zu stellen? ja  nein

57. 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 \_\_\_\_\_

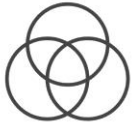
Berufsunfähigkeit \_\_\_\_\_

BG-Rente \_\_\_\_\_

58. Sind Ihre Schmerzen Folge eines Arbeitsunfalles? ja  nein   
Wenn ja, wann war der Arbeitsunfall? Datum: \_\_\_\_\_  
Tag      Monat      Jahr

Was ist passiert? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





59. Wie oft haben Sie Ihren persönlichen Arzt (Hausarzt, Internisten, Orthopäden) wegen nicht erfolgreicher Schmerzbehandlung gewechselt?

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

Ich habe meinen persönlichen Arzt \_\_\_\_\_ mal gewechselt (bitte die Anzahl bzw. 0 eintragen).

Wie häufig haben Sie in den letzten sechs Monaten wegen Ihrer Schmerzen Ihren behandelnden Arzt aufgesucht? noch nie  ca. \_\_\_\_\_ Termine

60. Wie häufig wurden bei Ihnen in den letzten sechs Monaten wegen Ihrer Schmerzen Behandlungen (z. B. Krankengymnastik, Massagen, Akupunktur, etc.) durchgeführt? noch nie  ca. \_\_\_\_\_ Termine

61. Wie viele Ärzte haben Sie schätzungsweise wegen Ihrer Schmerzen insgesamt aufgesucht? keine  ca. \_\_\_\_\_ Ärzte

Bitte notieren Sie soweit möglich jeweils Namen, Fachrichtung und Adresse von Ärzten, Heilpraktikern und anderen Therapeuten, bei denen Sie wegen Ihrer Schmerzen bereits in Behandlung waren oder sind.

Name	Fachrichtung	Adresse	Zeitraum
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

62. Wie oft wurden Sie wegen Ihrer Schmerzen im Krankenhaus behandelt? nie  \_\_\_ mal

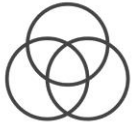
Bitte notieren Sie hier Ihre schmerzbezogenen stationären Behandlungen (Krankenhausaufenthalte).

Name	Adresse	Zeitraum
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

63. Wie viele Kuren (Rehabilitationsmaßnahmen) wurden bei Ihnen wegen Ihrer Schmerzen durchgeführt? keine  \_\_\_\_\_ Kuren/ Reha

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

Name	Adresse	Zeitraum
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



## Patienten-Fragebogen zum Gesundheitszustand\*

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes.

Der Bogen ermöglicht es, 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.

64. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an.)

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

65. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an.)

- derzeit viel besser als vor einem Jahr \_\_\_\_\_ ①
- derzeit etwas besser als vor einem Jahr \_\_\_\_\_ ②
- etwa so wie vor einem Jahr \_\_\_\_\_ ③
- derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr \_\_\_\_\_ ④
- derzeit viel schlechter als vor einem Jahr \_\_\_\_\_ ⑤

66. 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?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an.)

	Tätigkeiten	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, nicht eingeschränkt
a)	anstrengende Tätigkeiten, z. B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	①	②	③
b)	mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	①	②	③
c)	Einkaufstaschen heben oder tragen	①	②	③
d)	mehrere Treppenabsätze steigen	①	②	③
e)	einen Treppenabsatz steigen	①	②	③
f)	sich beugen, knien, bücken	①	②	③
g)	mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	①	②	③
h)	mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	①	②	③
i)	eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	①	②	③
j)	sich baden oder anziehen	①	②	③



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

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an.)

	SCHWIERIGKEITEN	ja	nein
a)	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	①	②
b)	Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	①	②
c)	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	①	②
d)	Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z. B. ich musste mich besonders anstrengen).	①	②

68. 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)?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an.)

	SCHWIERIGKEITEN	ja	nein
a)	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	①	②
b)	Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	①	②
c)	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	①	②

69. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder im Bekanntenkreis beeinträchtigt?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an.)

- überhaupt nicht \_\_\_\_\_ ①  
etwas \_\_\_\_\_ ②  
mäßig \_\_\_\_\_ ③  
ziemlich \_\_\_\_\_ ④  
sehr \_\_\_\_\_ ⑤

70. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an.)

- Ich hatte keine Schmerzen. \_\_\_\_\_ ①  
sehr leicht \_\_\_\_\_ ②  
leicht \_\_\_\_\_ ③  
mäßig \_\_\_\_\_ ④  
stark \_\_\_\_\_ ⑤

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

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an.)

- überhaupt nicht \_\_\_\_\_ ①  
etwas \_\_\_\_\_ ②  
mäßig \_\_\_\_\_ ③  
ziemlich \_\_\_\_\_ ④  
sehr \_\_\_\_\_ ⑤



72. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen vier Wochen gegangen ist (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht).  
Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen...

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an.)

	BEFINDEN	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
a)	... voller Schwung?	①	②	③	④	⑤	⑥
b)	... sehr nervös?	①	②	③	④	⑤	⑥
c)	... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern könnte?	①	②	③	④	⑤	⑥
d)	... ruhig und gelassen?	①	②	③	④	⑤	⑥
e)	... voller Energie?	①	②	③	④	⑤	⑥
f)	... entmutigt und traurig?	①	②	③	④	⑤	⑥
g)	... erschöpft?	①	②	③	④	⑤	⑥
h)	... glücklich?	①	②	③	④	⑤	⑥
i)	... müde?	①	②	③	④	⑤	⑥

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

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an.)

- immer \_\_\_\_\_ ①  
 meistens \_\_\_\_\_ ②  
 manchmal \_\_\_\_\_ ③  
 selten \_\_\_\_\_ ④  
 nie \_\_\_\_\_ ⑤

74. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an.)

	Aussagen	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
a)	Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.	①	②	③	④	⑤
b)	Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne.	①	②	③	④	⑤
c)	Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt.	①	②	③	④	⑤
d)	Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.	①	②	③	④	⑤

\*SF-36 Health Survey, Copyright® 1992 Medical Outcomes Trust



# Alfried Krupp Krankenhaus

Sofern Sie durch unsere Institution behandelt werden, werden einige dieser Daten auch in einem EDV-Dokumentationssystem abgespeichert. Diese Daten sind nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes vor einem mutwilligen Zugriff geschützt. Zu diesem System haben nur unsere Mitarbeiter direkten Zugang. Gemäß den Vorgaben des Gesetzes bitten wir Sie, sich mit einer Abspeicherung Ihrer persönlichen Daten einverstanden zu erklären.

## Einverständniserklärung

Ich bin – im Falle einer Behandlung – mit der Abspeicherung der im Fragebogen erhobenen Daten in einem EDV-Dokumentationssystem einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift