

# Deutscher Schmerz-Fragebogen

Dr. med. Michael Sauter  
Facharzt für Neurochirurgie  
Spezielle Schmerztherapie  
Schlichtener Str. 105, 73614 Schorndorf  
info@neurochirurgie-schorndorf.de  
Tel. 0 7 1 8 1 - 4 9 6 0 1 5 5



**Deutsche Schmerzgesellschaft**

Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

um die Ursachen Ihrer Schmerzen besser einschätzen zu können, sind für uns Informationen aus den unterschiedlichen Bereichen erforderlich. Daher ist es wichtig, wie Sie Ihre Schmerzen beschreiben, an welchen Behandlungen Sie mit welchem Erfolg bereits teilgenommen haben und welche Auswirkungen der Schmerz auf Ihr Befinden und Ihre Lebensumstände hat.

Ihre Angaben dienen der Vorbereitung zu Ihrem ersten Arzt-Termin. Bitte beantworten Sie **alle** Fragen, auch wenn Ihnen diese unwichtig erscheinen.

Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, markieren Sie diese bitte deutlich.

**Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!**

Ihr Fragebogen wird in unserem System gespeichert. Zugang haben nur berechnigte Mitarbeiter, die zur Verschwiegenheit verpflichtet wurden.

Nachname

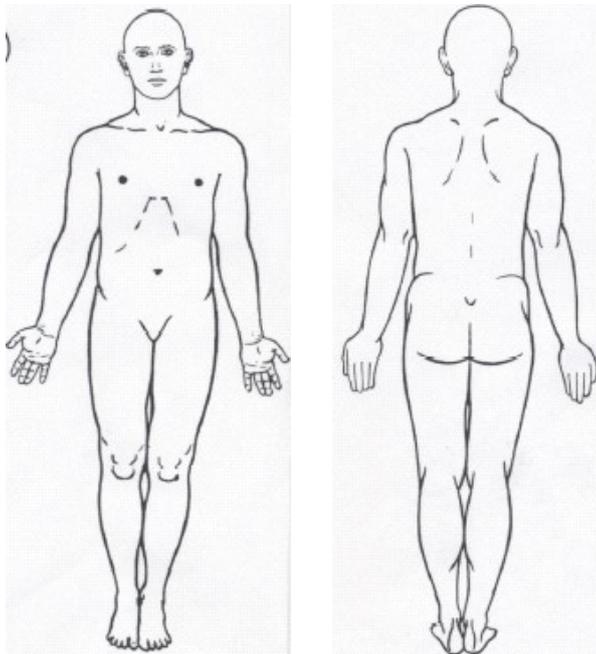
Vorname

Datum beim Ausfüllen:

ohne Punkt, z. B. 02052022

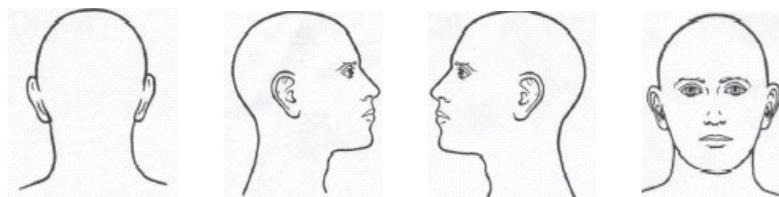
1.	Geburtsdatum:	Alter:	Jahre
	ohne Punkt, z. B. 02052022		
2.	Geschlecht:	männlich	weiblich
			ohne Komma, z. B. 83 oder 110
3.	Ungefähre Körpergröße (cm):	4. Ungefähres Körpergewicht (kg):	

5. Bitte zeichnen Sie UNGEFÄHR ein, wo Ihre Schmerzen auftreten.



Wählen Sie hierzu den Stift aus und markieren Sie die Stellen. Zum Löschen dieser Markierung klicken Sie diese an und drücken dann „Entf“ oder „<=“ auf Ihrer Tastatur.

Gerne können Sie Ihre Schmerzen auch detailliert in dem folgenden Textfeld beschreiben.



6. Wegen welchen Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung?

7. a) Seit wann bestehen diese Schmerzen?

weniger als 1 Monat

6 - 12 Monate

2 bis 5 Jahre

1 - 6 Monate

1 bis 2 Jahre

mehr als 5 Jahre

b) Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind?

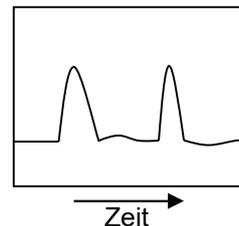
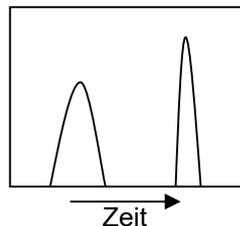
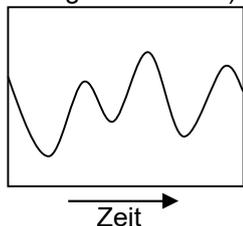
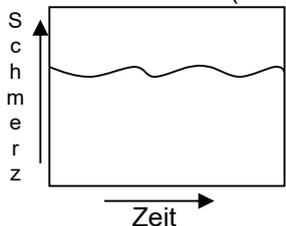
ungefähr ausreichend

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

8. a) Welche Aussage trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu?

(Bitte nur **eine** Angabe machen)



1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen

3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei

4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

b) **Wie oft** treten diese Attacken durchschnittlich auf?

mehrfach täglich

einmal täglich

mehrfach wöchentlich

einmal wöchentlich

mehrfach monatlich

einmal monatlich

seltener:

c) Wie lange dauern diese Attacken durchschnittlich?

Sekunden

Minuten

Stunden

bis zu drei Tagen

länger als drei Tage

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark?

Ja

Nein

wenn ja: morgens

mittags

nachmittags

abends

nachts

**Mehrfachnennung möglich!**

10. **Wie empfinden Sie Ihre Schmerzen?** Denken Sie dabei an Ihre **typischen Schmerzen in der letzten Zeit.**

**Bitte lassen Sie KEINE Zeile aus.**

Ich empfinde meine Schmerzen als ...

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

Nachname

Vorname

11. Wie stark empfinden Sie Ihre Schmerzen unter der üblichen Medikation?

„0“ bedeutet KEINE Schmerzen, „10“ unvorstellbarer Schmerz.

a) Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

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

kein Schmerz

stärkster vorstellbarer Schmerz

b) Geben Sie jetzt bitte 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

c) 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

d) 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

12. Wie waren Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**.

a) **An wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z. B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa \_\_\_\_\_ Tagen (0 - 90 möglich)

Wie sehr waren Sie durch Ihre Schmerzen beeinträchtigt.

„0“ bedeutet KEINE Beeinträchtigung, „10“ bedeutet VÖLLIGE Beeinträchtigung.

b) Wie sehr haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

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

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

c) Wie sehr haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** beeinträchtigt?

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

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

d) Wie sehr haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** beeinträchtigt?

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

keine Beeinträchtigung

völlige Beeinträchtigung

Nachname

Vorname

13. a) Auf welche **Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

für mich ist **keine Ursache** erkennbar

auf eine bestimmte Krankheit ..... wenn ja, welche?

auf eine Operation ..... wenn ja, welche  
Datum der Operation

auf einen Unfall ..... wenn ja, welche?  
Datum des Unfalls

auf körperliche Belastung

auf seelische Belastung

auf eine andere Ursache ..... wenn ja, welche?

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

b) Sind diesbezüglich alle **rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen** abgeschlossen?

(z. B. Schmerzensgeld)? ja nein

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

Bitte machen Sie Angaben, wie z. B. spazieren, schlafen, Ablenkung, Dehnen, Wärme, ...

Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen

15. **Was löst** Ihrer Erfahrung nach **die Schmerzen aus oder verschlimmert sie**?

Ich weiß es nicht

16. Bitte schätzen Sie Ihr derzeitiges Wohlbefinden ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in der letzten Woche meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu jeweils die Zahl an, die am ehesten zutrifft.

**Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.**

trifft gar nicht zu

trifft vollkommen zu

**Trotz der Schmerzen würde ich sagen:**

0 1 2 3 4 5

1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.

2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.

3. Ich habe mich behaglich gefühlt.

4. Ich habe mein Leben genießen können.

5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.

6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.

7. Ich habe mich richtig freuen können.

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

**17. Fragen zu Ihrem Befinden**

Bitte kreuzen Sie die Zahl 0 bis 3 an, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche zutraf**.  
Es gibt kein Richtig oder Falsch, versuchen Sie sich nur spontan für eine Antwort zu entscheiden.

- 0. Traf **gar nicht** zu
- 1. Traf **bis zu einem gewissen Grad** zu oder **manchmal**
- 2. Traf **in beträchtlichem Maße** zu oder **ziemlich oft**
- 3. Traf **sehr stark** zu oder **die meiste Zeit**

**0      1      2      3**

1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.					S
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.					A
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.					D
4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßiges schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).					A
5. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.					D
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.					S
7. Ich zitterte (z.B. an den Händen).					A
8. Ich fand alles anstrengend.					S
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen konnte.					A
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts freuen konnte.					D
11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.					S
12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.					S
13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.					D
14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhält, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.					S
15. Ich fühlte mich einer Panik nahe.					A
16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.					D
17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.					D
18. Ich fand mich ziemlich empfindlich.					S
19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z. B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).					A
20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich.					A
21. Ich empfand das Leben als sinnlos.					D

Nachname

Vorname

18. a) **Von wem** wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht oder behandelt**?

**Keine** Behandlung

Allgemeinarzt

Chirurg

Heilpraktiker

Internist

Neurochirurg

Neurologe

Orthopäde

Psychiater

Psychotherapeut

Radiologe

Schmerztherapeut

Andere:

b) Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt? ja nein

Wenn ja, welche?

19. **Wie** wurden Ihre Schmerzen **bisher behandelt**?

Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob Ihre Schmerzen durch diese Maßnahmen zumindest zeitweise gelindert wurden.

<b>Erhalten:</b>	<b>wenn ja</b> →	<b>wirksam?</b>
		ja vorübergehend nein

bisher keine Schmerzbehandlung

Medikamente →

Infusionen →

Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden →

Einspritzungen am Rückenmark (z. B. epidural) →

Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme →

Krankengymnastik, Ergotherapie →

Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie →

Elektrische Nervenstimulation (TENS) →

Akupunktur →

Chiropraktik →

Psychotherapie →

Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback →

Medikamenten-Entzug →

Kur-/Reha-Behandlung →

Anderes: \_\_\_\_\_ →

20. Wurden Sie schon einmal **operiert**? ja wie oft?  mal nein

Wichtig sind auch alle „kleineren Eingriffe“, die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, z. B. Nasen-OPs, Gelenk- und Bauchspiegelungen. Bitte markieren Sie, welche OPs wg. Ihrer Schmerzen erfolgten.

**Art der Operation:**

**Datum:**

**wg. Schmerz**



Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

21. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie nachfolgend alle Medikamente ein, die Sie **zurzeit** einnehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel, Schilddrüse, Fettsenker, u.s.w.)

Beispiele	Medikament regelmäßig				Medikament bei Bedarf	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr <u>wie oft</u> pro Monat?
Beispiel: Ibuprofen 600	1	1	0	0		
Beispiel: Ibuprofen 200					X	ca. 7mal eine Tbl.

	Medikament regelmäßig				Medikament nur bei Bedarf	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr <u>wie oft</u> pro Monat?

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

Ihre früheren Schmerz-Medikamente	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen?
	nein	etwas	ja	bitte beschreiben

23. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? ja nein

wenn ja, gegen welche?

--	--	--

Nachname

Vorname

24. Leiden Sie an **weiteren Krankheiten**? Im Folgenden sind Beispiele aufgeführt, die Sie mit Anklicken auswählen können. Geben Sie dann bitte an, wie stark Sie durch diese Erkrankung im Alltag beeinträchtigt sind.

<b>Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs</b>	ja	nein		
Welche Erkrankung:	keine [0]	<b>Beeinträchtigung</b> [1]	starke [2]	starke [3]
<b>Hinweis: Im Folgenden können Sie auch auf einzelne Krankheiten (grau unterstrichen) klicken, um diese auszuwählen (rot unterstrichen).</b>				
<b>Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks</b> Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall	ja keine [0]	nein <b>Beeinträchtigung</b> [1]		starke [2] [3]
Andere:				
<b>Erkrankungen der Atemwege</b> Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung	ja keine [0]	nein <b>Beeinträchtigung</b> [1]		starke [2] [3]
Andere:				
<b>Erkrankungen von Herz oder Kreislauf</b> Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Herzinfarkt, Thrombose, Embolie	ja keine [0]	nein <b>Beeinträchtigung</b> [1]		starke [2] [3]
Andere:				
<b>Magen-, Darmerkrankungen</b> Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, Refluxkrankheit = Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz = Schließmuskelschwäche, Magen- oder Darmblutung	ja keine [0]	nein <b>Beeinträchtigung</b> [1]		starke [2] [3]
Andere:				
<b>Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse</b> Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse	ja keine [0]	nein <b>Beeinträchtigung</b> [1]		starke [2] [3]
Andere:				
<b>Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane</b> Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung, Nierenkoliken oder Nierensteinen	ja keine [0]	nein <b>Beeinträchtigung</b> [1]		starke [2] [3]
Andere:				
<b>Stoffwechsel-Erkrankungen</b> Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte	ja keine [0]	nein <b>Beeinträchtigung</b> [1]		starke [2] [3]
Andere:				
<b>Hauterkrankungen</b> Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme	ja keine [0]	nein <b>Beeinträchtigung</b> [1]		starke [2] [3]
Andere: _____				
<b>Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes</b> Chronische Polyarthritis, M.Bechterew; rheumatische Muskelentzündung, Skoliose; Osteoporose; Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk; Bruch eines Wirbelkörpers	ja keine [0]	nein <b>Beeinträchtigung</b> [1]		starke [2] [3]
Andere:				
<b>Seelische Leiden</b> Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Magersucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht o. Abhängigkeit, Psychose	ja keine [0]	nein <b>Beeinträchtigung</b> [1]		starke [2] [3]
Andere:				
<b>Andere Erkrankungen</b>	ja keine [0]	nein <b>Beeinträchtigung</b> [1]		starke [2] [3]
<b>Risikofaktoren</b> Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV	ja keine [0]	nein <b>Beeinträchtigung</b> [1]		starke [2] [3]
Andere:				
<b>Unverträglichkeiten, Allergien</b> Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub	ja keine [0]	nein <b>Beeinträchtigung</b> [1]		starke [2] [3]
Andere:				



Nachname

Vorname

**Modul S**

**Sozialrechtliche Situation**

S-1. Sind Sie zurzeit **berufstätig**? (trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind)  
 ja, ich bin zurzeit berufstätig, d.h. habe einen Arbeitsplatz → weiter bei Frage S-2  
 nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig  
 Ich habe zuletzt gearbeitet als (bitte eintragen):  
 → weiter bei Frage S-5

**Die Fragen S-2 bis S-4 bitte beantworten, wenn Sie zurzeit berufstätig sind (auch bei Krankschreibung)**

S-2. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus?

S-3. Sind Sie **zurzeit arbeitsunfähig**? ja nein  
 wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren alten Arbeitsplatz  
 zurückkehren können? ja nein

S-4. Wie viele Tage waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?  
 ich war in letzten 3 Monaten an Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)  
 ich bin durchgehend arbeitsunfähig seit  
 ungefähr ausreichend

**Die Frage S-5 bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind.**

S-5. Wenn Sie zurzeit nicht berufstätig sind, sind Sie ...  
 Schüler/in, Student/in Hausfrau / Hausmann berentet  
 arbeitslos / erwerbslos seit / (Monat/Jahr)

S-6. Beabsichtigen Sie einen **Renten-Antrag** oder einen **Antrag auf Renten-Änderung** zu stellen? ja nein  
 Haben Sie einen **Rentenanspruch** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?  
 nein ja  
 wenn ja, wegen: am:  
 ungefähr ausreichend  
 Ist bereits ein **Rentenanspruch abgelehnt** worden? ja nein  
 Befindet sich derzeit ein Rentenanspruch im **Widerspruchsverfahren**? ja nein

S-7. Beziehen Sie derzeit eine Rente? ja nein  
 wenn ja, auf Zeit bis wann:  
 endgültig seit wann:  
 ungefähr ausreichend  
wenn ja, Berentung welcher Art?  
 Vorgezogenes Altersruhegeld Teilweise Erwerbsminderung  
 Berufsunfähigkeit Volle Erwerbsminderung  
 Erwerbsunfähigkeit Unfallrente  
 Erreichen der Altersgrenze Witwen- oder Waisenrente

S-8. Haben Sie einen anerkannten Grad der Behinderung? (GdB)  
 ja nein → wenn ja, wie hoch ist der GdB? %  
 Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt? ja nein

Nachname

Vorname

**Modul V**

**Vorbehandlungen**

V-1 Bitte notieren Sie soweit möglich die Namen, Fachrichtung und Ort von Ärzten, Heilpraktikern und anderen Therapeuten, bei denen Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits in Behandlung waren oder sind.

Name	Fachrichtung	Ort	In Behandlung von - bis
------	--------------	-----	----------------------------

V-2 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** stationären Behandlungen (**Krankenhausaufenthalte**)

Name	Ort	von - bis
------	-----	-----------

V-3 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** Aufenthalte in **Kur- oder Rehabilitationskliniken**

Name	Ort	von - bis
------	-----	-----------

**Platz für weitere Bemerkungen:**

---

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

Bitte speichern Sie das VOLLSTÄNDIG ausgefüllte Formular  
und senden Sie es an

**[info@neurochirurgie-schorndorf.de](mailto:info@neurochirurgie-schorndorf.de)**