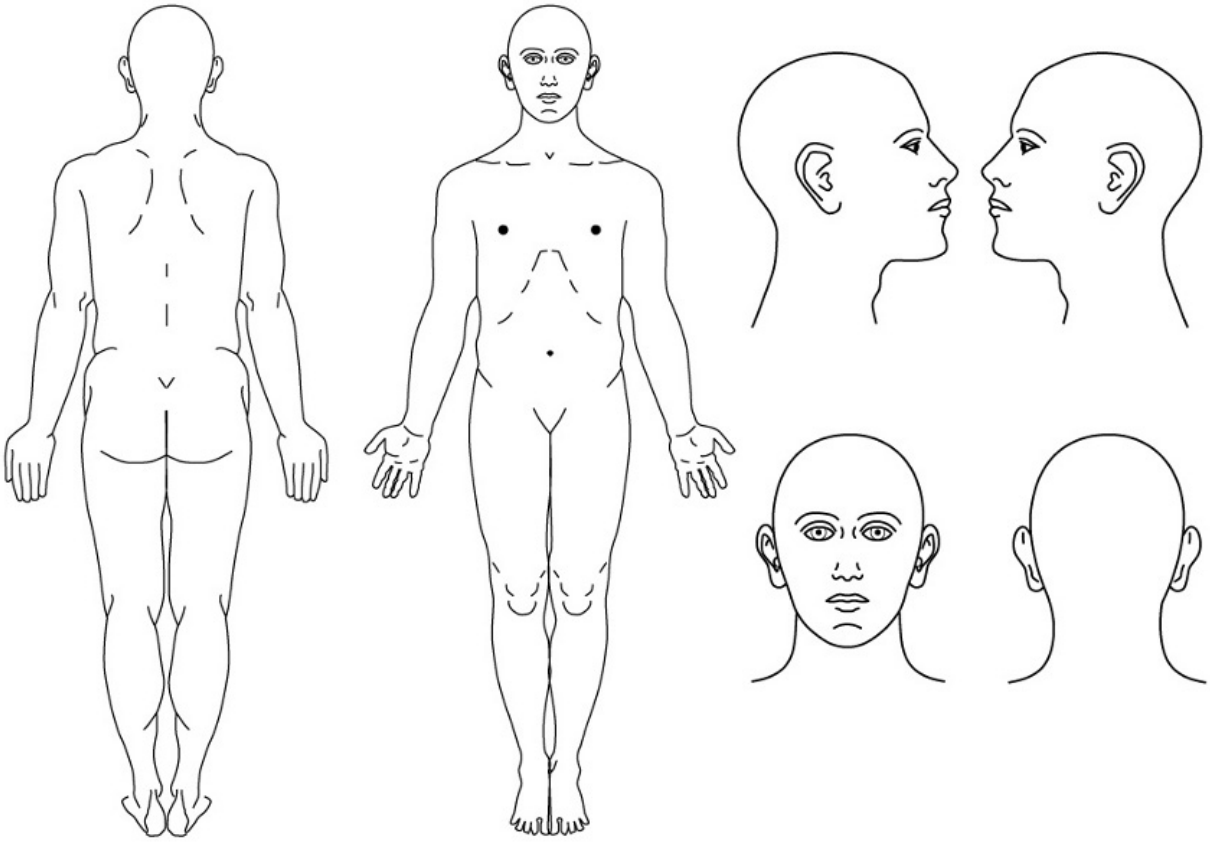
Körpergröße (in cm) *

Körpergewicht (in kg) *

Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



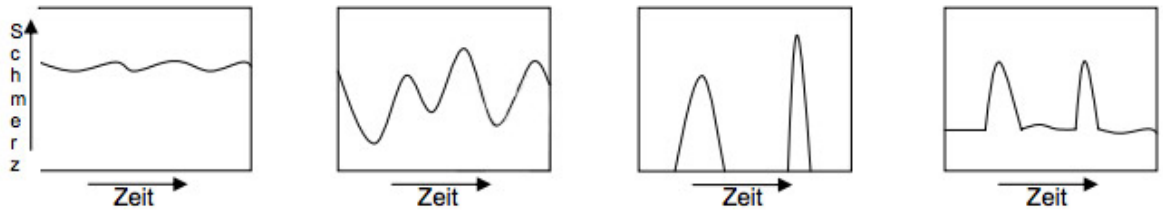
Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten: *

Seit wann bestehen diese Schmerzen? *

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

Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung *

Gibt es ein genaues Datum, ab dem diese Schmerzen aufgetreten sind?



Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen am besten zu? *

	Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen	Dauerschmerzen mit starken Schwankungen	Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei	Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen
Antwort	○	○	○	○

Wie oft treten diese Attacken durchschnittlich auf? *

- ○ mehrfach täglich
- ○ einmal täglich
- ○ mehrfach wöchentlich
- ○ einmal wöchentlich
- ○ mehrfach monatlich
- ○ einmal monatlich
- ○ seltener:

Wie lange dauern diese Attacken durchschnittlich? *

- ○ Sekunden
- ○ Minuten
- ○ Stunden
- ○ bis zu drei Tagen
- ○ länger als drei Tage

Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark? *

- ○ ja
- ○ nein

Wann sind Ihre Schmerzen besonders stark? *

- ☐ morgens
- ☐ mittags
- ☐ nachmittags
- ☐ abends
- ☐ nachts

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 für Sie zutrifft. *

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
....dumpf	○	○	○	○
....drückend	○	○	○	○
....pochend	○	○	○	○
....klopfend	○	○	○	○
....stechend	○	○	○	○
....ziehend	○	○	○	○

Bitte beschreiben Sie auch hier anhand der Eigenschaftsworte, 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 für Sie zutrifft. *

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
....heiß	○	○	○	○
....brennend	○	○	○	○
....elend	○	○	○	○
....schauderhaft	○	○	○	○
....scheußlich	○	○	○	○
....furchtbar	○	○	○	○

Schmerzbeschreibungsliste (SBL, Korb 2006) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte **unter der aufgeführten Skala** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation).
Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

Geben Sie bitte zunächst Ihre momentane Schmerzstärke an: *

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antwort	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Geben Sie jetzt bitte Ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an: *

Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Geben Sie jetzt bitte Ihre größte Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an: *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Geben Sie jetzt bitte welche Schmerzstärke für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich wäre: *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

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 konnten Sie in den letzten drei Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen? *

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

In welchem Maße 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
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis beeinträchtigt? *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt? *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Graded Chronic Pain Scale Items and Scoring (GCPS, von Korff et al. 1992) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

Auf welche Ursachen führen Sie Ihre Schmerzen zurück? *

(Mehrfachnennungen sind möglich)

- ☐ **für mich ist keine Ursache erkennbar**
- ☐ **auf eine bestimmte Krankheit**
- ☐ **auf eine Operation**
- ☐ **auf einen Unfall**
- ☐ **auf körperliche Belastung**
- ☐ **auf seelische Belastung**
- ☐ **auf eine andere Ursache**

Sie führen die Ursache der Schmerzen auf eine Krankheit zurück. Auf welche Krankheit? *

Sie führen die Ursache der Schmerzen auf eine Operation zurück. Auf welche Operation? *

Datum der Operation

Sie führen die Ursache der Schmerzen auf einen Unfall zurück. Auf welchen Unfall? *

Datum des Unfalls

Sie führen die Ursache der Schmerzen auf eine andere Ursache zurück. Auf welche Ursache? *

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen: Sind alle diesbezüglichen rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)? *

- ja
- nein

Was machen Sie selbst, um Ihre Schmerzen günstig zu beeinflussen?
Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ... *

- Ich kann meine Schmerzen günstig beeinflussen, und zwar...
- Ich kann meine Schmerzen nicht günstig beeinflussen

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

- Antwort:
- Ich weiss es nicht

Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in der letzten Woche meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der 6-stufigen Skala jeweils die Aussage an, die am ehesten auf Sie zutrifft.
0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu.
Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

Trotz der Schmerzen würde ich sagen: *

	0	1	2	3	4	5
Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	○	○	○	○	○	○
Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	○	○	○	○	○	○
Ich habe mich behaglich gefühlt.	○	○	○	○	○	○
Ich habe mein Leben genießen können.	○	○	○	○	○	○
Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	○	○	○	○	○	○
Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	○	○	○	○	○	○
Ich habe mich richtig freuen können.	○	○	○	○	○	○

Fragebogen zum Wohlbefinden (FW7, Herda, Scharfenstein u. Basler 1998) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

Fragen zu Ihrem Befinden
Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und geben Sie eine Antwort, die angeben soll, wie sehr die Aussage während der letzten Woche auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

Bitte beantworten Sie die folgenden Aussagen.... *

	Traf gar nicht auf mich zu	Traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal	Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu oder ziemlich oft	Traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit
Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	○	○	○	○
Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	○	○	○	○
Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	○	○	○	○
Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	○	○	○	○
Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	○	○	○	○

Bitte beantworten Sie die folgenden Aussagen.... *

	Traf gar nicht auf mich zu	Traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal	Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu oder ziemlich oft	Traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit
Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	○	○	○	○
Ich zitterte (z.B. an den Händen).	○	○	○	○
Ich fand alles anstrengend.	○	○	○	○
Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	○	○	○	○
Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	○	○	○	○

Bitte beantworten Sie die folgenden Aussagen.... *

	Traf gar nicht auf mich zu	Traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal	Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu oder ziemlich oft	Traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit
Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	○	○	○	○
Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	○	○	○	○
Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	○	○	○	○
Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	○	○	○	○
Ich fühlte mich einer Panik nahe.	○	○	○	○

Bitte beantworten Sie die folgenden Aussagen.... *

	Traf gar nicht auf mich zu	Traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal	Traf in beträchtlichem Maße 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.	○	○	○	○
Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	○	○	○	○
Ich fand mich ziemlich empfindlich.	○	○	○	○
Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	○	○	○	○
Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	○	○	○	○
Ich empfand das Leben als sinnlos.	○	○	○	○

Depressivität, Angst und Stress bei Schmerzen (DASS, Nilges und Essau 2012) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

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**

Welche Schmerzdiagnose wurde gestellt? *

Wurden Sie bisher gegen Ihre Schmerzen behandelt? *

- ja
- nein

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. *

	nicht erhalten	wirksam	vorübergehend wirksam	nicht wirksam
Medikamente				
Infusionen				
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden				
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)				
Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme				
Krankengymnastik				
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie				
Elektrische Nervenstimulation (TENS)				
Akupunktur				
Chiropraktik				
Psychotherapie				
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback				
Medikamenten-Entzug				
Kur-/Reha-Behandlung				
Anderes				

Sie haben unter bereits erhaltene Behandlungen "Anderes" angegeben. Bitte beschreiben Sie, welche das waren. *

Wurden Sie schon einmal operiert?

*

- ja
- nein

Wie oft wurden Sie bereits operiert? *

Bitte geben Sie im Folgenden Ihre Operationen an.
Wichtig sind für die Beantwortung dieser Frage auch alle "kleineren operativen Eingriffe", die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, z.B. Nasenoperationen, Gelenk- & Bauchspiegelungen.

Bitte geben Sie eine Operation an: *

Wann wurde diese Operation durchgeführt? *

Wurde diese Operation wegen Ihrer Schmerzen durchgeführt? *

- ja
- nein

Möchten Sie eine weitere Operation hinzufügen? *

- Ja
- Nein

Bitte geben Sie eine Operation an: *

Wann wurde diese Operation durchgeführt? *

Wurde diese Operation wegen Ihrer Schmerzen durchgeführt? *

- ja
- nein

Möchten Sie eine weitere Operation hinzufügen? *

- Ja
- Nein

Bitte geben Sie eine Operation an: *

Wann wurde diese Operation durchgeführt? *

Wurde diese Operation wegen Ihrer Schmerzen durchgeführt? *

- ja
- nein

Möchten Sie eine weitere Operation hinzufügen? *

- Ja
- Nein

Bitte geben Sie eine Operation an: *

Wann wurde diese Operation durchgeführt?

Wurde diese Operation wegen Ihrer Schmerzen durchgeführt? *

- ja
- nein

Möchten Sie eine weitere Operation hinzufügen? *

- Ja
- Nein

Bitte geben Sie eine Operation an: *

Wann wurde diese Operation durchgeführt? *

Wurde diese Operation wegen Ihrer Schmerzen durchgeführt? *

- ja
- nein

Tragen Sie bitte nun zunächst die Medikamente ein, die Sie regelmäßig (morgens - mittags - abends) einnehmen.

	Name Medikament	Dosierung morgens	Dosierung mittags	Dosierung abends
Medikament 1				
Medikament 2				
Medikament 3				
Medikament 4				
Medikament 5				
Medikament 6				
Medikament 7				

Tragen Sie bitte nun die Medikamente ein, die Sie nur bei Bedarf einnehmen.

	Name Medikament	Wie oft im Monat?
Medikament 1		
Medikament 2		
Medikament 3		
Medikament 4		
Medikament 5		

Gibt es Schmerzmedikamente die Sie früher genommen haben? (mittlerweile abgesetzte Medikamente) *

- ja
- nein

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

Name des Medikaments? *

War dieses Medikament wirksam? *

- nein, nicht wirksam
- etwas wirksam
- ja, wirksam

Verursachte dieses Medikament Nebenwirkungen? *

- ja, und zwar
- nein

Gibt es weitere abgesetzte Medikamente die Sie nennen können? *

- ja
- nein

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

Name des Medikaments? *

War dieses Medikament wirksam? *

- nein, nicht wirksam
- etwas wirksam
- ja, wirksam

Verursachte dieses Medikament Nebenwirkungen? *

- ja, und zwar
- nein

Gibt es weitere abgesetzte Medikamente die Sie nennen können? *

- ja
- nein

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

Name des Medikaments? *

War dieses Medikament wirksam? *

- nein, nicht wirksam
- etwas wirksam
- ja, wirksam

Verursachte dieses Medikament Nebenwirkungen? *

- ja, und zwar
- nein

Gibt es weitere abgesetzte Medikamente die Sie nennen können? *

- ja
- nein

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

Name des Medikaments? *

War dieses Medikament wirksam? *

- nein, nicht wirksam
- etwas wirksam
- ja, wirksam

Verursachte dieses Medikament Nebenwirkungen? *

- ja, und zwar
- nein

Gibt es weitere abgesetzte Medikamente die Sie nennen können? *

- ja
- nein

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

Name des Medikaments? *

War dieses Medikament wirksam? *

- nein, nicht wirksam
- etwas wirksam
- ja, wirksam

Verursachte dieses Medikament Nebenwirkungen? *

- ja, und zwar
- nein

Gibt es weitere abgesetzte Medikamente die Sie nennen können? *

- ja
- nein

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

Name des Medikaments? *

War dieses Medikament wirksam? *

- nein, nicht wirksam
- etwas wirksam
- ja, wirksam

Verursachte dieses Medikament Nebenwirkungen? *

- ja, und zwar
- nein

Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? *

- ja, und zwar gegen
- nein, ich habe keine Allergien gegen Medikamente

Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen? *

	ja	nein
Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs	○	○
Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks	○	○
Erkrankungen der Atemwege	○	○
Erkrankungen von Herz oder Kreislauf	○	○
Magen-, Darmerkrankungen	○	○
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse	○	○
Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane	○	○
Stoffwechsel-Erkrankungen (z.B. Zuckerkankheit, Schilddrüse, Gicht,...)	○	○
Hauterkrankungen	○	○
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes	○	○
Seelische Leiden	○	○
Andere Erkrankungen	○	○
Risikofaktoren (z.B. Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV)	○	○
Unverträglichkeiten, Allergien	○	○

Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs

Welche Erkrankung? *

Wie stark ist die Beeinträchtigung die Sie durch diese Krankheit erfahren? *

- ○ keine Beeinträchtigung
- ○ leichte Beeinträchtigung
- ○ mittlere Beeinträchtigung
- ○ starke Beeinträchtigung

Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks
Bitte präzisieren Sie Ihre Aussage *

- ☐ Epilepsie
- ☐ Multiple Sklerose (MS)
- ☐ Parkinson
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Nervenverletzung
- ☐ Nervenlähmung
- ☐ Nervenentzündung
- ☐ Polyneuropathie
- ☐ Zustand nach Rückenmarksverletzung
- ☐ Schädel-Hirn-Trauma
- ☐ Schlaganfall
- ☐ andere, und zwar

Wie stark ist die Beeinträchtigung die Sie durch diese Krankheit erfahren? *

- keine Beeinträchtigung
- leichte Beeinträchtigung
- mittlere Beeinträchtigung
- starke Beeinträchtigung

Erkrankungen der Atemwege
Bitte präzisieren Sie Ihre Aussage *

- [ ] Asthma
- [ ] Chronische Bronchitis
- [ ] Emphysem
- [ ] Zustand nach Pneumothorax
- [ ] Tuberkolose
- [ ] Lungenentzündung
- [ ] andere, und zwar

Wie stark ist die Beeinträchtigung die Sie durch diese Krankheit erfahren? *

- keine Beeinträchtigung
- leichte Beeinträchtigung
- mittlere Beeinträchtigung
- starke Beeinträchtigung

Erkrankungen von Herz oder Kreislauf
Bitte präzisieren Sie Ihre Aussage *

- [ ] Koronare Herzerkrankung
- [ ] Herzrythmusstörungen
- [ ] Herzschwäche
- [ ] Bluthochdruck
- [ ] Arterienverkalkung
- [ ] Aneurysma
- [ ] Zustand nach Herzinfarkt
- [ ] Thrombose
- [ ] Embolie
- [ ] andere, und zwar

Wie stark ist die Beeinträchtigung die Sie durch diese Krankheit erfahren? *

- keine Beeinträchtigung
- leichte Beeinträchtigung
- mittlere Beeinträchtigung
- starke Beeinträchtigung

Magen-, Darmerkrankungen
Bitte präzisieren Sie Ihre Aussage *

- [ ] Entzündungen der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit)
- [ ] Magen-/ Zwölffingerdarmgeschwüre
- [ ] Reizdarm
- [ ] M. Crohn
- [ ] Colitis ulcerosa
- [ ] Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels)
- [ ] Zustand nach Magen- oder Darmblutung
- [ ] andere, und zwar

Wie stark ist die Beeinträchtigung die Sie durch diese Krankheit erfahren? *

- keine Beeinträchtigung
- leichte Beeinträchtigung
- mittlere Beeinträchtigung
- starke Beeinträchtigung

Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse
Bitte präzisieren Sie Ihre Aussage *

- [ ] Chronische Leberentzündung
- [ ] Leberzirrhose
- [ ] Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung
- [ ] Entzündung der Bauchspeicheldrüse
- [ ] andere, und zwar

Wie stark ist die Beeinträchtigung die Sie durch diese Krankheit erfahren? *

- keine Beeinträchtigung
- leichte Beeinträchtigung
- mittlere Beeinträchtigung
- starke Beeinträchtigung

Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane
Bitte präzisieren Sie Ihre Aussage *

- ☐ Chronisches Nierenversagen
- ☐ Harnwegsentzündung
- ☐ Blasenschwäche
- ☐ Endometriose
- ☐ Sexualstörung
- ☐ Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen
- ☐ andere, und zwar

Wie stark ist die Beeinträchtigung die Sie durch diese Krankheit erfahren? *

- keine Beeinträchtigung
- leichte Beeinträchtigung
- mittlere Beeinträchtigung
- starke Beeinträchtigung

Stoffwechsel-Erkrankungen
Bitte präzisieren Sie Ihre Aussage *

- ☐ Zuckerkrankheit
- ☐ Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse
- ☐ Gicht
- ☐ Erhöhung der Blutfettwerte
- ☐ andere, und zwar

Wie stark ist die Beeinträchtigung die Sie durch diese Krankheit erfahren? *

- keine Beeinträchtigung
- leichte Beeinträchtigung
- mittlere Beeinträchtigung
- starke Beeinträchtigung

Hauterkrankungen
Bitte präzisieren Sie Ihre Aussage *

- ☐ Psoriasis (Schuppenflechte)
- ☐ Nesselsucht
- ☐ Ekzeme
- ☐ andere, und zwar

Wie stark ist die Beeinträchtigung die Sie durch diese Krankheit erfahren? *

- keine Beeinträchtigung
- leichte Beeinträchtigung
- mittlere Beeinträchtigung
- starke Beeinträchtigung

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes
Bitte präzisieren Sie Ihre Aussage *

- ☐ Chronische Polyarthritis
- ☐ M. Bechterew
- ☐ rheumatische Muskelentzündung
- ☐ Skoliose
- ☐ Osteoporose
- ☐ Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk
- ☐ Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers
- ☐ andere, und zwar

Wie stark ist die Beeinträchtigung die Sie durch diese Krankheit erfahren? *

- ○ keine Beeinträchtigung
- ○ leichte Beeinträchtigung
- ○ mittlere Beeinträchtigung
- ○ starke Beeinträchtigung

Seelische Leiden
Bitte präzisieren Sie Ihre Aussage *

- ☐ Depression
- ☐ schwere Angstzustände
- ☐ Panikattacke
- ☐ Magersucht
- ☐ chronische Müdigkeit und Erschöpfung
- ☐ Sucht oder Abhängigkeit
- ☐ Psychose
- ☐ andere, und zwar

Wie stark ist die Beeinträchtigung die Sie durch diese Krankheit erfahren? *

- ○ keine Beeinträchtigung
- ○ leichte Beeinträchtigung
- ○ mittlere Beeinträchtigung
- ○ starke Beeinträchtigung

Andere Erkrankungen

Bitte präzisieren Sie Ihre Aussage *

Wie stark ist die Beeinträchtigung die Sie durch diese Krankheit erfahren? *

- ○ keine Beeinträchtigung
- ○ leichte Beeinträchtigung
- ○ mittlere Beeinträchtigung
- ○ starke Beeinträchtigung

Risikofaktoren
Bitte präzisieren Sie Ihre Aussage *

- ☐ **Blutgerinnungstörung,**
- ☐ **Hepatitis**
- ☐ **HIV**
- ☐ **andere, und zwar**

Unverträglichkeiten, Allergien

Bitte präzisieren Sie Ihre Aussage *

Entfernung von Ihrer Wohnung bis zu unserer Praxis / Klinik (in km):

Nationalität:

Muttersprache

Krankenversicherung für ambulante Behandlung

Geschäftsstelle inkl. Adresse:

Besitzen Sie eine Zusatzversicherung für stationäre Behandlung? *

- ○ **ja, und zwar**
- ○ **nein**

Beihilfe-Berechtigung: *

- ○ nein
- ○ ja, durch

Behandlung aufgrund eines anerkannten BG-Verfahrens (Arbeits- oder Wegeunfall) *

- ○ ja
- ○ nein

Haben Sie eine Krankentagegeldversicherung? *

- ○ ja
- ○ nein

Besteht eine Zusatzversicherung? *

- ○ ja
- ○ nein

Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt?

(Mehrfachantworten sind möglich)

- ☐ ich lebe alleine
- ☐ Ehepartner / Partner
- ☐ Kinder
- ☐ (Schwieger-) Eltern
- ☐ Wohngemeinschaft

Welche Schulausbildung haben Sie? *

- ○ keinen Abschluss
- ○ Hauptschule / Volksschule
- ○ Realschule / Mittlere Reife
- ○ Fachhochschulreife
- ○ Abitur / allgemeine Hochschulreife

Welche Berufsausbildung haben Sie?

Sind Sie zur Zeit berufstätig? *

(trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind)

- ja, ich bin zurzeit berufstätig, d.h. habe einen Arbeitsplatz
- nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?

Sind Sie zur Zeit arbeitsunfähig? *

- ja
- nein

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

- ja
- nein

Wie viele Tage waren Sie in den letzten 3 Monaten arbeitsunfähig? *

- ich war in den letzten 3 Monaten an ___ Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)
- ich bin durchgehend arbeitsunfähig

Ich bin durchgehend arbeitsunfähig seit... *

Wenn Sie zur Zeit nicht berufstätig sind, sind Sie ... *

- Schüler/in, Student/in
- Hausfrau / Hausmann
- berentet
- arbeitslos / erwerbslos, seit...

Ich habe zuletzt gearbeitet als... *

Beabsichtigen Sie einen Renten-Antrag oder einen Antrag auf Rentenänderung zu stellen? *

- ja
- nein

Haben Sie einen Rentenantrag/Antrag auf Rentenänderung gestellt, der noch nicht entschieden ist? *

- ja
- nein

Ich habe den Rentenantrag/Antrag auf Renten-Änderung gestellt, wegen... *

Wann haben Sie den Antrag gestellt? *

Ist bereits ein Rentenantrag abgelehnt worden? *

- ja
- nein

Befindet sich derzeit ein Rentenantrag im Widerspruchsverfahren? *

- ja
- nein

Beziehen Sie derzeit eine Rente? *

- ja, auf Zeit
- ja, endgültig
- nein

Bis wann beziehen Sie die Rente auf Zeit? *

Seit wann beziehen Sie die endgültige Rente? *

Berentung welcher Art? *

- vorgezogenes Altersruhegeld
- Berufsunfähigkeit
- Erwerbsunfähigkeit
- Erreichen der Altersgrenze
- Teilweise Erwerbsminderung
- Volle Erwerbsminderung
- Unfallrente
- Witwen- oder Waisenrente

Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten Grad der Behinderung? (GdB) *

- ja
- nein

Wie hoch ist der GdB? (Grad der Behinderung) *

	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
GdB										

Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt? *

- Ja
- Nein

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Ihre Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie gut Sie Ihre Alltagstätigkeiten ausüben können.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei der Antwort auf eine Frage unsicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich.

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? *

- ausgezeichnet
- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Gesundheit bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark? *

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	○	○	○
mehrere Treppenabsätze steigen	○	○	○

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten? *

	nein, nie	ja, selten	ja, manchmal	ja, meistens	ja, immer
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	○	○	○	○	○
Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen	○	○	○	○	○

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

	nein, nie	ja, selten	ja, manchmal	ja, meistens	ja, immer
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	○	○	○	○	○
Ich konnte meine Arbeiten oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen	○	○	○	○	○

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

- überhaupt nicht
- ein wenig
- mäßig
- ziemlich
- sehr

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich in den vergangenen 4 Wochen gefühlt haben und wie es Ihnen ergangen ist. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

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

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
ruhig und gelassen?	○	○	○	○	○	○

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

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
voller Energie?	○	○	○	○	○	○

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

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
entmutigt und traurig?	○	○	○	○	○	○

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

- ○ **immer**
- ○ **meistens**
- ○ **manchmal**
- ○ **selten**
- ○ **nie**

Veterans RAND 12 Gesundheitsfragebogen (“VR-12: How to create VR-12 scales and PCS/MCS summaries” © 2014 by Trustees of Boston University, Dt. Version: Buchholz & Kohlmann 2015)

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

	Name	Fachrichtung	Adresse	in Behandlung von - bis

Bitte notieren Sie Ihre schmerzbezogenen stationären Behandlungen (Krankenhausaufenthalte)

	Name	Adresse	von - bis

Bitte notieren Sie Ihre schmerzbezogenen Aufenthalte in Kur- oder Rehabilitationskliniken

	Name	Adresse	von - bis

Platz für weitere Bemerkungen: