Schmerz-Verlaufsfragebogen

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)
© Deutsche Schmerzgesellschaft

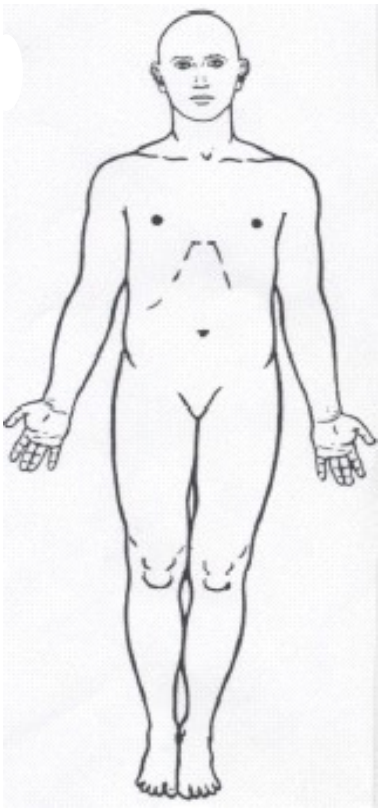
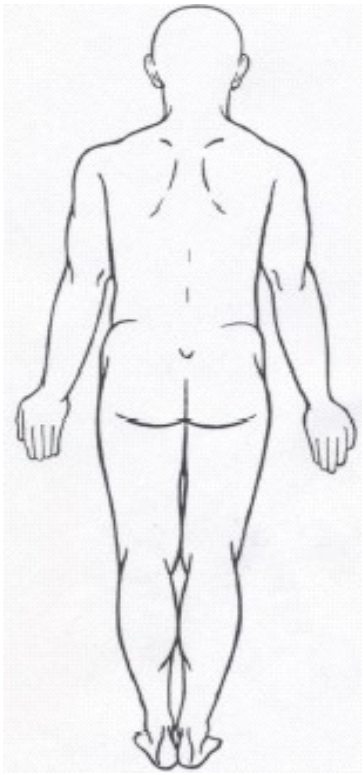
Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

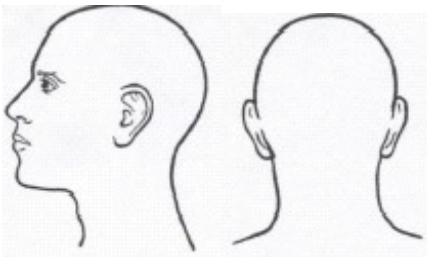
Sie waren oder sind wegen Ihrer _____Schmerzen (bitte Ihre Schmerzen eintragen) in unserer Behandlung. Heute interessiert uns Ihr aktuelles Befinden. Wir bitten Sie daher alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen.

Name:_____Datum beim Ausfüllen: Tag Monat Jahr

1. Ich habe diese Schmerzen nicht mehr ○ -> bitte weiter bei Frage 7
   Ich habe diese Schmerzen noch ○ -> bitte weiter bei Frage 2

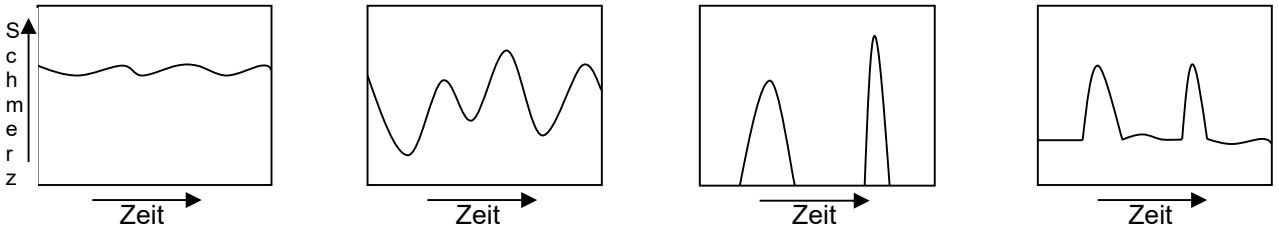
2. Bitte zeichnen Sie ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen derzeit auftreten.



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

3. Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen in den letzten vier Wochen am besten zu?
a) zeitlicher Verlauf (nur eine Angabe!)



1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen ○
2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen ○
3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei ○
4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen ○

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

ii) 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 Tage ○ länger als drei Tage ○

4. Geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie auf den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen (unter Ihrer üblichen Medikation) empfinden.

i) Geben Sie bitte zunächst Ihre momentane Schmerzstärke an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

ii) 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

5. 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. Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

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

Ich empfinde meine Schmerzen als ….

	trifft genau zu	trifft weit-gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weit-gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0		3	2	1	0
....dumpf	○	○	○	○	….heiß	○	○	○	○
....drückend	○	○	○	○	….brennend	○	○	○	○
….pochend	○	○	○	○	….elend	○	○	○	○
….klopfend	○	○	○	○	….schauderhaft	○	○	○	○
….stechend	○	○	○	○	….scheußlich	○	○	○	○
....ziehend	○	○	○	○	….furchtbar	○	○	○	○

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

6. 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.

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

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.

b) 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]
keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

c) 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]
keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

d) 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]
keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

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

7. Aktuelle Medikamenten-Einnahme
Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie zurzeit einnehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel, u.s.w.)

	regelmäßige Einnahme				nehme das Medikament nur bei Bedarf	
Ihre Medikamente	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?

8. Haben Sie in den letzten 3 Monaten wegen Schmerzen einen weiteren Arzt oder andere Einrichtungen und Leistungen in Anspruch genommen?

Nein ○ Ja ○

Praktischer Arzt / Allgemeinarzt ___ mal
Orthopäde ___ mal
Internist ___ mal
Ambulanz im Krankenhaus ___ mal
andere Ärzte: _____ ___ mal
Stationärer Krankenhausaufenthalt ___ Tage
Reha-Leistungen ○

9. Fragen zu Ihrem Befinden

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, 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.

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

1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3	S
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3	A
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	0	1	2	3	D
4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3	A
5. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3	D
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3	S
7. Ich zitterte (z.B. an den Händen).	0	1	2	3	A
8. Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3	S
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3	A
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3	D
11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3	S
12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3	S
13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3	D
14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3	S
15. Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3	A
16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3	D
17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3	D
18. Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3	S
19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3	A
20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3	A
21. Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3	D

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

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:

D: _____A: _____S: _____

10. 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 Zahl 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:	trifft gar nicht zu 0	1	2	3	4	trifft voll-kommen zu 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.	○	○	○	○	○	○

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

11. Hat sich in der Zwischenzeit an Ihrer beruflichen Situation bzw. Arbeitsfähigkeit etwas verändert?

11a. nein, unverändert, wie zu Beginn der Behandlung ○

Ja, geändert ○, und zwar:

ich bin wieder berufstätig ○
ich bin nicht mehr berufstätig ○
ich bin aufgrund der Schmerzen nur noch in Teilzeit beschäftigt ○
ich bin aufgrund der Schmerzen unter erleichterten Bedingungen beschäftigt ○
ich habe inzwischen einen Rentenantrag gestellt ○
ich bin inzwischen berentet ○
sonstige Veränderungen _____

11b. Wenn Sie berufstätig sind, an wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 3 Monaten arbeitsunfähig?

ich war in letzten 3 Monaten an _____ Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)

12. Können Sie sagen, um wie viel Prozent Ihre Schmerzen abgenommen haben? um ca. ☐ %

13. Wenn Sie alles zusammen betrachten, wie beurteilen Sie den bisherigen Erfolg Ihrer Behandlung?

sehr gut ..... ○ gut ..... ○ zufrieden stellend…….. ○
weniger gut..... ○ schlecht ..... ○

Haben Sie noch weitere Bemerkungen? _____

Modul L Gesundheitsbezogene Lebensqualität

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.

	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	☐	☐	☐	☐	☐

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
2. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	☐	☐	☐
3. mehrere Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐

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

	nie	selten	manchmal	meistens	immer
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.....	☐	☐	☐	☐	☐
5. 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)?

	nie	selten	manchmal	meistens	immer
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.....	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen	☐	☐	☐	☐	☐

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐

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.

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
Wie oft fühlten Sie sich in den vergangenen 4 Wochen…						
9. ruhig und gelassen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. voller Energie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
12. 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?	☐	☐	☐	☐	☐

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