SCHMERZ-FRAGEBOGEN

der

INITIATIVE - SCHMERZ e.V.

Von PATIENT*INNEN, ÄRZT*INNEN und THERAPEUT*INNEN zur Erleichterung der Kommunikation in der Schmerztherapie entwickelt.

Stempelfeld Einrichtung bzw. Ärzt*in

Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens?
Auf **www.schmerzlinks.at** (hier direkt mittels qr - code erreichbar) finden Sie Beispiele und Inspirationen, wie der Fragebogen ausgefüllt werden könnte.

Falls Sie eine genaue Anleitung oder Inspirationen zum Ausfüllen des Fragebogens benötigen, finden Sie auf **www.schmerzlinks.at** (hier direkt mittels qr - code erreichbar) einige Beispiele von Schmerzpatient*innen, wie der Fragebogen ausgefüllt werden könnte.

Datum

Nachname **Vorname** **Titel**

Vers.Nr. **Geburtsdatum (TT/MM/Jahr)** **Alter** **Körpergröße** **Gewicht**

Adresse (Straße, Hausnummer, Türnummer)

PLZ **Ort**

Telefon **e-mail**

Was ist Ihre ERWARTUNG an den heutigen Termin?

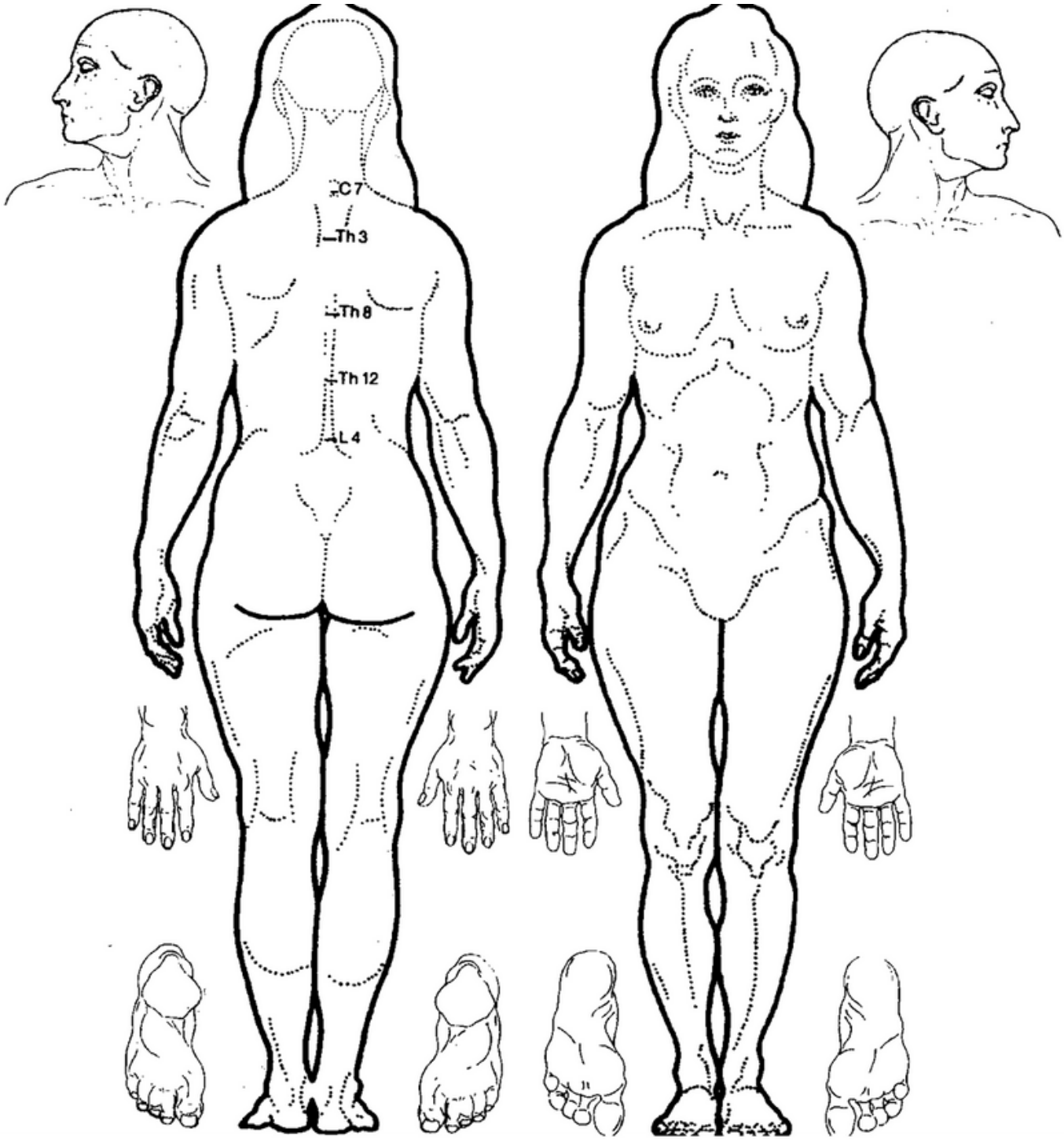
Haben Sie FRAGEN an die Ärzt*in? Was ist Ihnen wichtig, Ihrer Ärzt*in mitzuteilen?
Falls dies ein Folgetermin ist: sind Fragen von Ihrem letzten Termin offen geblieben?

MACHEN SIE IHRE SCHMERZEN FÜR IHRE ÄRZT*IN SICHTBAR:

1. **Bitte zeichnen Sie in der folgenden Darstellung ein, an WELCHEN KÖRPERSTELLEN Sie Schmerzen haben.**
   - **Zeichnen Sie ALLE Ihre Schmerzen ein und markieren Sie die UNTERSCHIEDLICHEN Schmerzen mit ZAHLEN.**
   - **Zeichnen Sie bitte in der Darstellung zusätzlich auch Ihre OPERATIONEN ein.**

Sie können beim Einzeichnen Ihrer Schmerzen und Ihrer Operationen mit unterschiedlichen Farben, Formen und Symbolen arbeiten.

Falls Sie eine genauere Anleitung oder Inspiration benötigen, finden Sie auf www.schmerzlinks.at (direkt mittels QR - CODE erreichbar) einige Beispiele von Patient*innen, die zur Beschreibung Ihrer Schmerzen hilfreich sein könnten.



2. Bitte beschreiben Sie in den folgenden 2 Tabellen Ihre EINGEZEICHNETEN NUMMERIERTEN SCHMERZEN:

a. kreuzen Sie in dieser Tabelle folgende Beschreibungen an, die auf Ihre Schmerzen zutreffen und tragen Sie die Nummer des eingezeichneten Körperteils ein

BESCHREIBUNG DES SCHMERZES	WENN JA, WO?	SCHMERZLOKALISATION Nummer oder Körperteil
brennend (z.B. wie Brennesseln oder heißes Öl)	○ ja	
kribbeln od. prickelnd (z.B. wie Ameisenlaufen)	○ ja	
ist leichte Berührung schmerzhaft? (z.B. wie Kleidung, Bettdecke)	○ ja	
Kälte	○ ja	
Taubheit	○ ja	
blitzartige, elektrisierende Schmerzattacken	○ ja	

b. Bitte beschreiben Sie hier, WIE sich Ihre SCHMERZEN an der jeweiligen Körperstelle ANFÜHLT. In der Box auf der rechten Seite finden Sie eine Liste mit Adjektiven, die Ihnen bei der Beschreibung Ihrer Schmerzen hilfreich sein könnten.

Falls Sie eine genauere Anleitung oder Inspiration benötigen, finden Sie auf www.schmerzlinks.at (direkt mittels QR - CODE erreichbar) einige Beispiele von Patient*innen, die zur Beschreibung Ihrer Schmerzen hilfreich sein könnten.

SCHMERZLOKALISATION (NUMMER)	BESCHREIBUNG DES SCHMERZES
BEISPIEL SCHMERZ NR. 1	ZIEHEND
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Liste von möglicherweise hilfreichen ADJEKTIVE zur BESCHREIBUNG Ihrer Schmerzen

- pulsierend
- klopfend
- pochend
- durchtrennend
- scharf
- schneidend
- zerreißend
- einschießend
- beengend
- beklemmend
- dumpf
- drückend
- stechend
- bohrend
- ziehend
- zerreißend
- juckend
- krampfartig
- ermüdend
- erschöpfend
- quälend
- marternd
- zermürbend
- schweißtreibend
- Übelkeit erregend
- kolikartig
- wehenartig
- wellenförmig
- beunruhigend
- erschreckend
- furchterregend
- grausam

3. Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?

4. 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:

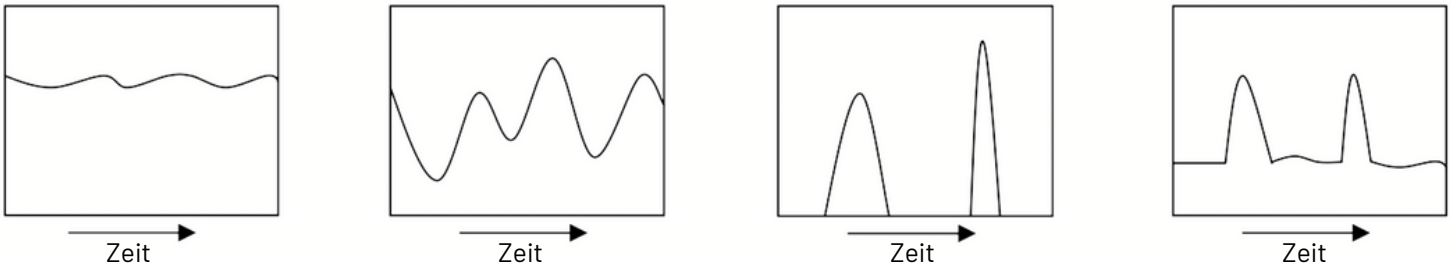
- ○ auf einen Unfall

wenn ja, welchen? Datum des Unfalls:

- ○ auf körperliche Belastung
- ○ auf seelische Belastung
- ○ auf eine andere Ursache

wenn ja, welche?

5. Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen in den LETZTEN 4 WOCHEN am besten zu? (Bitte nur eine Angabe machen!)



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

Falls Sie unter SCHMERZATTACKEN leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie zusätzlich bitte noch folgende 2 Fragen:

a. wie oft treten diese Attacken durchschnittlich auf?

b. wie lange dauern diese Attacken durchschnittlich?

6. Wann sind Ihre Schmerzen besonders stark? (Mehrfachnennung möglich)

- ○ morgens
- ○ nachmittags
- ○ nachts
- ○ nach dem Schlafen
- ○ mittags
- ○ abends
- ○ nach Belastung
- ○ sonstiges

7. Kreuzen Sie bitte auf den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (falls Sie Medikamente einnehmen, kreuzen Sie bitte die Schmerzstärke an, die Sie unter Ihrer Dauermedikation empfinden)..
0 = keine Schmerzen, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

a. Wie stark sind Ihre Schmerzen IN DIESEM AUGENBLICK?

b. Wie stark waren Ihre Schmerzen durchschnittlich in den LETZTEN 4 WOCHEN?

c. Wie stark waren Ihre stärksten Schmerzen in den LETZTEN 4 WOCHEN?

d. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?

e. Können Sie sich an Ihren letzten schmerzfreien Tag / Moment erinnern? Wenn ja, wann war das?

8. An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 3 MONATEN aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.b. Beruf, Schule, Haushalt)?

Tagen

9. In welchem Maße haben Ihre Schmerzen in den letzten 3 MONATEN folgende Tätigkeiten beeinträchtigt?
0 = keine Beeinträchtigung, 10 = volle Beeinträchtigung.

a. Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen,...)

b. Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis?

c. Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit, Kinderbetreuung, Pflegearbeit,...)?

Platz für zusätzliche Anmerkungen zu den Fragen 7 - 9:

10. Wie reagieren Sie für gewöhnlich, wenn Sie starke Schmerzen haben? (Mehrfachnennung möglich)

- ○ körperlich schonen
- ○ Auf- und Abgehen
- ○ Hinlegen
- ○ versuchen sich abzulenken
- ○ Medikamente nehmen
- ○ Bewegung
- ○ Lagewechsel
- ○ aushalten, ertragen
- ○ sonstiges

11. Wie können Sie Ihre Schmerzen positiv beeinflussen?

.....

- ○ Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen

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

.....

- ○ Ich weiß es nicht

13. Welche Umstände erschweren Ihnen den Umgang mit den Schmerzen oder Ihren Beeinträchtigungen?

im häuslichen Umfeld

im beruflichen Umfeld

14. Leiden Sie unter BEGLEITSYMPTOME in Bezug auf Ihre Schmerzerkrankung? (Mehrfachnennung möglich)

- ○ Schlafstörungen
- ○ Magenbeschwerden
- ○ Appetitlosigkeit
- ○ Kraftverlust
- ○ Schwindel
- ○ Lustlosigkeit
- ○ Konzentrationsstörungen
- ○ Übelkeit
- ○ Hautveränderungen
- ○ sonstiges

15. Sind diese Symptome abhängig von.....? (Mehrfachnennung möglich)

- ○ ... Belastung
- ○ ... Schmerzen
- ○ .... Medikamenten
- ○ inwiefern?

16. An FRAUEN:

a. Haben Sie einen Kinderwunsch?

- ○ ja
- ○ nein

b. Verhüten Sie?

- ○ ja
- ○ nein

wenn ja, wie?

c. Leiden Sie unter Regelschmerzen?

- ○ ja
- ○ nein

d. Anzahl der Schwangerschaften / Geburten

17. Von wem wurden Sie bisher aufgrund Ihrer Schmerzen untersucht oder behandelt?

	NAME	IN BEHANDLUNG VON - BIS
○ keine Behandlung		
○ Allgemeinärzt*in		
○ Orthopäd*in		
○ Physiotherapeut*in		
○ Neurochirurg*in		
○ Neurolog*in		
○ Internist*in		
○ Psychiater*in		
○ Psychotherapeut*in		
○ Ärzt*in mit ÖAK -Diplom Schmerztherapie		
○ Heilpraktiker*in / Energetiker*in		
○		
○		

18. Bitte notieren Sie hier Ihre schmerzbezogenen stationären KRANKENHAUSAUFENTHALTE:

NAME DES KRANKENHAUSES	IN BEHANDLUNG (VON - BIS)

19. Bitte notieren Sie hier Ihre schmerzbezogenen KUR- ODER REHABILITATIONSAUFENTHALTE:

NAME DER REHABILITATIONSKLINIK	IN BEHANDLUNG (VON - BIS)

20. Bitte notieren Sie hier alle ERKRANKUNGEN und OPERATIONEN, die sie seit Ihrer Geburt hatten:

ERKRANKUNG / OPERATION	ALTER BZW. JAHRESZAHL	GAB ES KOMPLIKATIONEN?

21. SCHLAF: falls Sie Schlafstörungen haben, leiden Sie unter....

- ich schlafe sehr gut
- .... vorzeitiges Erwachen
- ... Durchschlafstörung
- ... Einschlafstörung (über 1 Stunde)
- ... Schlafapnoe

a. Wieviele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?

Stunden

b. Wieviele Stunden Schlaf denken Sie zu benötigen?

Stunden

c. Um wieviel Uhr gehen Sie für gewöhnlich schlafen?

Uhr

d. Wie lange benötigen Sie um einzuschlafen?

e. Wachen Sie morgens müde auf?

ja nein

f. Haben Sie Alpträume?

ja nein

g. Schlafen Sie tagsüber?

ja nein

wenn ja, wie lange?

h. Denken Sie, dass Sie nachts mit den Zähnen knirschen / pressen?

ja nein

22. SEELISCHE LEIDEN, SYMPTOME: Leiden Sie unter...

- Burnout
- Ängsten
- Panikattacken
- Depressionen
- Gedankenkreisen
- Flashbacks (wiederkehrende Bilder von belastenden Situationen)
- PTBS
- Zwängen
- Essstörung
- andere

23. Falls Sie KOPFSCHMERZEN haben, leiden Sie zusätzlich unter...?

- ...Übelkeit oder Erbrechen
- ...Licht- und Lärmempfindlichkeit
- ...verstärkt sich Ihr Kopfschmerz, wenn Sie Sport betreiben oder sich bücken

24. Leiden Sie unter VERDAUUNGSBESCHWERDEN?

- ja
- nein
- Reizdarm
- Verstopfung
- andere

26. Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt? Kreuzen Sie bitte die Behandlungsmaßnahmen an, die Sie bereits erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob die entsprechende Maßnahme Ihre Schmerzen gelindert hat.

KREUZEN SIE BITTE JENE BEHANDLUNGEN AN, DIE SIE BISHER ERHALTEN HABEN:		WAR DIE BEHANDLUNG WIRKSAM? ja	etwas	nein
○ Medikamente	wenn ja →	○	○	○
○ Infusionen	wenn ja →	○	○	○
○ diverse Infiltrationen	wenn ja →	○	○	○
○ Physiotherapie	wenn ja →	○	○	○
○ Tens (Elektrische Nervenstimulation)	wenn ja →	○	○	○
○ Schmerzedukation, Aufklärung über Schmerz	wenn ja →	○	○	○
○ Massagen, Bäder, Kälte- oder Wärmetherapie	wenn ja →	○	○	○
○ Psychotherapie	wenn ja →	○	○	○
○ Neuraltherapie	wenn ja →	○	○	○
○ Akupuntur	wenn ja →	○	○	○
○ Chiropraktik, Osteopathie	wenn ja →	○	○	○
○ Entspannungsverfahren, Hypnose	wenn ja →	○	○	○
○ Selbsthilfegruppe	wenn ja →	○	○	○
○	wenn ja →	○	○	○
○	wenn ja →	○	○	○
○	wenn ja →	○	○	○
○	wenn ja →	○	○	○
○ bisher keine Schmerzbehandlung				

27. DAUERMEDIKATION: Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie zurzeit regelmäßig einnehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel, Verhütungsmittel, Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel,...)

NAME DES MEDIKAMENTS	DOSIERUNG	FRÜH	MITTAGS	ABENDS	NACHTS
BEISPIEL Pregabalin	50 mg	1	0	0	1
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

28. BEDARFSMEDIKATION: Bitte tragen Sie in die folgende Tabelle ein, welche Medikamente Sie als Bedarfsmedikation einnehmen und ungefähr wie oft pro Woche:

NAME DES MEDIKAMENTS	DOSIERUNG	STÜCK PRO WOCHE
BEISPIEL Seractil	400 mg	ca. 8 Stück / Woche

Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens? Auf **www.schmerzlinks.at** (hier direkt mittels qr - code erreichbar) finden Sie Beispiele und Inspirationen, wie der Fragebogen ausgefüllt werden könnte.

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

FRÜHERE MEDIKAMENTE	WIRKUNG: GUT	WIRKUNG: ETWAS	WIRKUNG: NICHT GUT	NEBENWIRKUNGEN? WENN JA, WELCHE?

30. Haben Sie eine ALLERGIE oder eine UNVERTRÄGLICHKEIT gegen Medikamente oder Nahrungsmittel?

○ ja ○ nein

wenn ja, gegen welche?

31. Sind Sie RAUCHER*IN?

○ ja ○ nein ○ gelegentlich

32. Was sollte Ihre Ärzt*in noch über Sie wissen, um Sie bestmöglich behandeln zu können?

.....

.....

33. OPTIONAL: Bitten Sie eine nahestehende Person diese Frage zu beantworten:
Wie nehmen Sie die Schmerzen, die Schmerzerkrankung und die Beeinträchtigung des Alltags aufgrund der Schmerzen unserer Patient*in wahr?

.....

.....

34. Sind Sie zurzeit berufstätig?

ja nein

a. welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus / haben Sie zuletzt ausgeübt?

b. wenn ja, wie viele Tage waren Sie in den letzten 3 Monaten krankgeschrieben? Tage

35. Sind Sie zurzeit...

im Krankenstand in Pension Student*in

beziehen Rehageld arbeitssuchend Schüler*in

36. Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einer berufsbedingten Erkrankung stehen, sind alle diesbezüglichen rechtlichen und versicherungsrechtlichen Fragen abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)?

ja nein

37. Haben oder beabsichtigen Sie einen Antrag auf Pension zu stellen?

ja nein

38. Beabsichtigen Sie einen Antrag auf Rehabilitationsgeld zu stellen?

ja nein

39. Beabsichtigen Sie einen Antrag auf Pflegegeld zu stellen?

ja nein

40. Haben Sie einen anerkannten Grad der Behinderung?

ja nein

wenn ja, wie hoch ist der GdB?