	Formular	Klinik Güssing
	SCHMERZFRAGEBOGEN	

Patienten-Etikett

1. Mit wem leben Sie in einem Haushalt? _____

2. Welche Schulausbildung haben Sie genossen? _____

3. Sind Sie dzt.:

- berufstätig
- in Rente
- arbeitsunfähig
- arbeitslos
- läuft ein Rentenansuchen?

Welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt? _____

4. Sind Sie gehfähig?

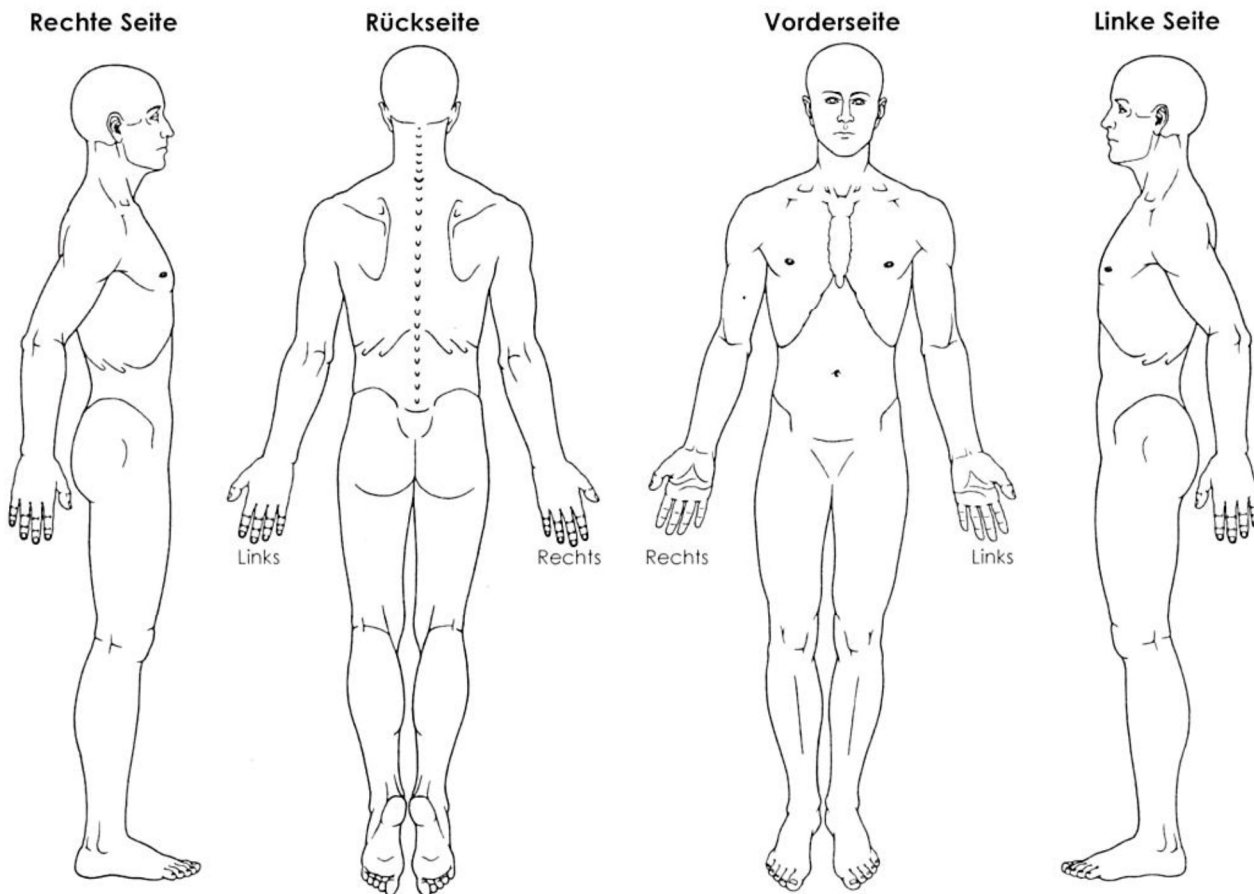
- ja
 - nein
 - mit Hilfsmittel
-

5. Benötigen Sie im Alltag fremde Hilfe?

- ja
 - nein
-

Autor: Michaela Lackner Herzer	Freigeber: GRUBER Herbert;		
Erstellt am: 2023.09.21	Gültig ab: 2023.09.22	Version: 3	Seite 1 von 7

6. Zeichnen Sie im Körperschema die Lokalisation Ihrer Schmerzen ein:



-
7. Handelt es sich um einen Dauerschmerz?
- Oder um anfallsartige Schmerzen?
- Strahlt der Schmerz irgendwohin aus?
-

8. Treten die Schmerzen bevorzugt zu einer bestimmten Tageszeit auf?

Wenn ja, wann? _____

9. Wie können Sie Ihre Schmerzen beschreiben?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> ziehend | <input type="radio"/> brennend |
| <input type="radio"/> stechend | <input type="radio"/> schneidend |
| <input type="radio"/> drückend | <input type="radio"/> klopfend |
| <input type="radio"/> kribbelnd | <input type="radio"/> beißend |
| <input type="radio"/> krampfartig | <input type="radio"/> bohrend |
| <input type="radio"/> dumpf | <input type="radio"/> wie sonst? _____ |
-

Autor: Michaela Lackner Herzer	Freigeber: GRUBER Herbert;	Version: 3	Seite 2 von 7
Erstellt am: 2023.09.21	Gültig ab: 2023.09.22		

10.

Tragen Sie hier bitte die Intensität Ihrer Gesamtschmerzen ein.
Markieren Sie bitte den Kreis, der Ihrer Schmerzintensität in der letzten Zeit am ehesten entspricht:

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	0 = „kein Schmerz“		5= „Erträglichkeitsschwelle“			10=„stärkster vorstellbarer Schmerz“						
	(bitte nur einen Kreis markieren)											

11. Beeinträchtigung des Alltags in den letzten 3 Monaten:

Alltag (Anziehen, Waschen, Essen, Einkaufen)

- gar nicht
- mäßig
- stark

Freizeit, Familie, Freunde

- gar nicht
- mäßig
- stark

Arbeitsfähigkeit (auch Haushalt)

- gar nicht
 - mäßig
 - stark
-

12. Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?
Gibt es einen genauen Beginn, ein genaues Datum?

13. Gibt es eine Ursache für Ihre Schmerzen?

- Krankheit
 - Operation
 - Unfall
 - seelische Belastung
-

Autor: Michaela Lackner Herzer	Freigeber: GRUBER Herbert;		
Erstellt am: 2023.09.21	Gültig ab: 2023.09.22	Version: 3	Seite 3 von 7

14. Welche Ereignisse können Ihre Schmerzen verschlimmern?

- Körperliche Betätigung; wenn ja, welche? _____
 - Körperliche Ruhe
 - Bestimmte Jahreszeiten; wenn ja, welche? _____
 - Wetterlage; wenn ja, welche? _____
 - Bestimmte Nahrungsmittel; wenn ja, welche? _____
 - Bestimmte Genussmittel; wenn ja, welche? _____
 - Bestimmte Medikamente; wenn ja, welche? _____
 - Monatsblutung
 - Unbequeme Kopf- oder Körperhaltung
 - Seelische Belastungen; wenn ja, welche? _____
 - Anderes; und zwar? _____
 - Keine, die Schmerzen sind von äußeren Einflüssen unabhängig
-

15. Welche Bedingungen können Ihre Schmerzen lindern?

- Körperliche Betätigungen; wenn ja, welche? _____
 - Arbeit; wenn ja, welche? _____
 - Urlaub
 - Körperliche Ruhe
 - Gesellige Veranstaltungen, Besuch von Bekannten usw.
 - Anderes; und zwar? _____
 - Keine, die Schmerzen sind von äußeren Einflüssen unabhängig
-

16. Von welchen Personen wurden Sie behandelt?

- Keine Behandlung
- Allgemeinarzt
- Chirurg
- Internist
- Neurochirurg
- Neurologe
- Orthopäde
- Psychiater
- Psychotherapeut
- Radiologe
- Schmerztherapeut
- Andere: _____

Wie wurden Sie behandelt? _____

Autor: Michaela Lackner Herzer	Freigeber: GRUBER Herbert;		
Erstellt am: 2023.09.21	Gültig ab: 2023.09.22	Version: 3	Seite 4 von 7

17. Wurde bei Ihnen bereits eine Schmerzdiagnose gestellt?

Wenn ja, welche?

18.

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

		Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1	Wenig Interesse od. Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Niedergeschlagenheit, Schwermut od. Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Schwierigkeiten ein- od. durchzuschlafen od. vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Müdigkeit od. Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Verminderter Appetit od. übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein od. die Familie enttäuscht zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunlesen od. Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Waren Ihre Bewegungen od. Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ od. ruhelos u. hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Gedanken, dass Sie lieber tot wären od. sich Leid zufügen möchten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Summenwert: _____

Autor: Michaela Lackner Herzer	Freigeber: GRUBER Herbert;		
Erstellt am: 2023.09.21	Gültig ab: 2023.09.22	Version: 3	Seite 5 von 7

19. Bitte beantworten Sie nun folgende Fragen zu Ihrem Allgemeinbefinden.

Gewicht: _____ Größe: _____

Haben Sie in letzter Zeit zu- oder abgenommen?

- Zunahme _____ kg
- Abnahme _____ kg
- Gewicht konstant

Wie ist Ihr Schlaf?

- Einschlafschwierigkeiten
- Durchschlafschwierigkeiten
- nicht beeinträchtigt

Schlafdauer: _____ Stunden

Schlafqualität:

- sehr schlecht
- mittel
- gut

Welche Operationen hatten Sie? _____

Frühere Krankheiten: _____

Allergien: _____

Dzt. Medikamente: _____

Stuhlprobleme? Verstopfung Durchfall andere: _____

Harnprobleme? _____

20. Welche Schmerzmittel haben Sie bereits verordnet bekommen?

Gab es welche, die Sie nicht vertragen haben?

Autor: Michaela Lackner Herzer	Freigeber: GRUBER Herbert;		
Erstellt am: 2023.09.21	Gültig ab: 2023.09.22	Version: 3	Seite 6 von 7

21.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und beantworten jede der Fragen, indem Sie entweder „ja“ oder „nein“ ankreuzen. Die Fragen helfen uns bei der Einschätzung Ihres Krankheitsbildes.

1. Ich befürchte, dass ich eine ernste, bedrohliche Erkrankung habe.
 ja nein
 2. Wegen der Schmerzen habe ich meine körperlichen Aktivitäten sehr stark reduziert.
 ja nein
 3. Ich leide neben den Schmerzen auch noch an anderen körperlichen Symptomen (wie z.B. Magen- und Darmverstörungen, Schwächegefühle, Schwindel oder Hitzewallungen, Luftnot, Herzrasen, Enge in der Brust, Schwitzen, Kälteschauer, Übelkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühle, Schlafstörungen etc.).
 ja nein
 4. Ich war in den letzten beiden Wochen meistens traurig oder niedergeschlagen.
 ja nein
 5. Ich habe mich in den letzten beiden Wochen meistens angespannt oder besorgt gefühlt.
 ja nein
 6. Ich fühle mich in Bezug auf meine Schmerzen sehr stark verunsichert und weiß überhaupt nicht mehr, was richtig oder falsch ist.
 ja nein
 7. Seit einiger Zeit gibt es bei mir Probleme in der Partnerschaft und/oder in der Familie und/oder dem engeren Freundeskreis.
 ja nein
 8. Falls Sie in einem Arbeitsverhältnis stehen: Es gibt momentan erhebliche Belastungen/Schwierigkeiten im Zusammenhang mit meinem Arbeitsplatz.
 ja nein Ich bin derzeit nicht berufstätig
 9. Auch bei starken Schmerzen neige ich dazu, alles durchzuziehen und meine Aufgaben abzuschließen.
 ja nein
 10. Ich habe in der letzten Zeit häufiger an schreckliche Ereignisse von früher denken müssen oder Träume darüber gehabt (wie z.B. Unfall oder Gewalterfahrung).
 ja nein
-

Autor: Michaela Lackner Herzer	Freigeber: GRUBER Herbert;		
Erstellt am: 2023.09.21	Gültig ab: 2023.09.22	Version: 3	Seite 7 von 7