

Schmerzzentrum Rhein-Neckar-Odenwald

Dr. med. Andreas Potschka

Facharzt für Neurochirurgie

Spezielle Schmerztherapie

Rehabilitationswesen

Fachkunde Computertomographie

Ambulante Operationen

Wirbelsäulenthherapie

Psychosomatische Grundversorgung

Eisenbahnstraße 3, D-74821 Mosbach/ Baden

Tel.: 06261-918220 Fax: 06261-9182220

www.schmerz.info

info@schmerz.info

Diesen Fragebogen bitte
ausgefüllt zum Termin
mitbringen!
- Vielen Dank -

„Schmerzfragebogen“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient !

Zur Klärung Ihres Krankheitsbildes dienen nicht nur medizinische Berichte und Befunde, sondern auch dieser Fragebogen. Sie haben hier die Möglichkeit uns Ihre **Schmerzen** oder **Beschwerden** nach **Ihren Empfindungen** zu schildern. Bitte nehmen Sie sich **ausreichend Zeit**, um diesen Fragebogen **in Ruhe** auszufüllen. Wenn Sie die folgenden Fragen **gewissenhaft** beantworten, erleichtern Sie uns die Planung Ihrer weiteren Diagnostik und Behandlung.

Schmerzen sind ein „umfassendes Problem“, Sie werden daher beim Ausfüllen auf Fragen stoßen, welche Ihnen eventuell als indiskret und unwichtig erscheinen. Wir möchten Sie bitten, sie trotzdem zu beantworten, weil uns möglichst viele Einzelheiten über Sie bekannt sein müssen, um **erfolgreich diagnostizieren** und **therapieren** zu können.

Im Verlauf der Behandlung bei uns werden Sie vom gesamten **Team** begleitet. Das bedeutet, dass nicht nur **Ärzte**, sondern die **Medizinische Mitarbeiterinnen**, eng in Ihre **Betreuung** eingebunden sind. Diese verfügen über große Erfahrung und handeln nach direkter ärztlicher Rücksprache.

Selbstverständlich unterliegen alle Daten dieses Fragebogens der ärztlichen **Schweigepflicht** und sind den Bestimmungen des **Bundesdatenschutzgesetzes** unterworfen.

Ihr Praxisteam



Datum: _____

Termin: _____

Angaben zu Ihrer Person

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax privat: _____

Tel./Fax dienstlich: _____ von _____ h bis _____ h

Beruf/Tätigkeit: _____

Geschlecht: weiblich: männlich:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Leiden Sie an einer **nicht schmerzbezogenen Dauerdiagnose?****Diabetes** **Herzerkrankung** Nierenerkrankung Lebererkrankung / **Hepatitis** Asthma bronchiale **Marcumar-Patient/in** **Bluthochdruck** Sonstiges: _____Betreiben Sie **Sport**: ja neinWenn ja, **welche Art**: _____

Wie oft: _____

Angaben zu Ihrem Versicherungsverhältnis

Krankenkasse: _____

Privatversicherung: _____

Sie sind versichert als: **pflichtversichertes Mitglied** oder:**freiwilliges Mitglied** **Fam.-Mitglied** *Angaben zum Hauptversicherten (Name/Vorname/Geb.-Datum)***Rentner** Sind Sie von **Zuzahlungen** befreit? ja, Befreiung liegt vor bis: _____ neinSind Sie **Beihilfe** berechtigt: ja nein

- Haben Sie eine **Zusatzversicherung**: für ambulante Behandlungen
 nein für stationäre Behandlungen

Angaben zu den bisher behandelnden Ärzten:

Ihr Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin / Innere Medizin...)

Vor- u. Zuname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel: _____

Wünscht Ihr **Hausarzt einen Bericht**: ja nein

Ihr Facharzt (Orthopäde / Neurologe / **Schmerztherapeut**...)

Vor- u. Zuname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel: _____

Wünscht Ihr **Facharzt einen Bericht**: ja nein

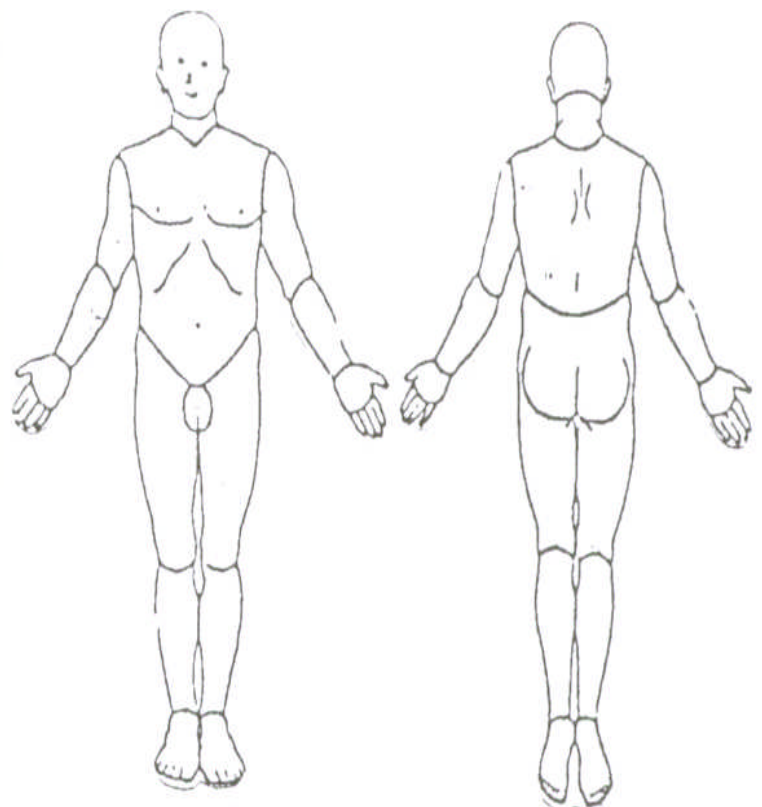
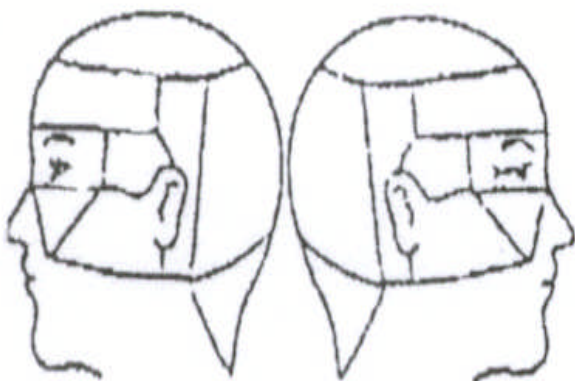
Zum Termin bringen Sie bitte mit:

**Diesen Fragenbogen > ausgefüllt + Ihre Versichertenkarte +
 eine **Überweisung an: „Neurochirurgie“ ODER die Praxisgebühr von 10,-€.****



Zu Ihren Schmerzen/Beschwerden:

1. a) Zeichnen Sie bitte in der folgenden Abbildung ein, **wo** Sie Ihre Schmerzen oder Beschwerden wahrnehmen. Markieren Sie **Ausstrahlung** bitte mit einem Pfeil.

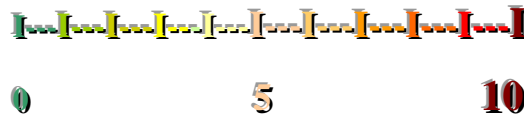


1. b) Erwähnen Sie bitte auch **Details** zu Ihren Schmerzen/Beschwerden:

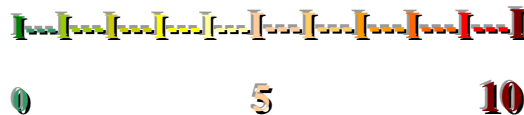
2. Versuchen Sie **die Art** Ihrer Schmerzen mit eigenen Worten zu beschreiben.
Beispiele: **ziehend** – **brennend** – **schneidend** – **pochend** – **stechend**.....

3. Markieren Sie bitte **die Stärke** Ihrer Schmerzen/Beschwerden auf der Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (unerträglicher Schmerz).
 (Beispiel: Sie haben einen mittelstarken bis starken Schmerz: 5-8).

a) durchschnittlich:



b) maximal:



4. **Wie lange** haben Sie diese Schmerzen/Beschwerden schon? (**Seit...**)

5. a) **Wie oft** treten diese Schmerzen/Beschwerden auf? Sind Sie zeitweise *absolut* schmerzfrei? Leiden Sie bereits an einem **Dauerschmerz**?

b) Hat sich die **Häufigkeit** Ihrer Schmerzen/Beschwerden irgendwann verändert? Sind Ihre Schmerzen **zunehmend**?

6. **Wann** treten die Schmerzen/Beschwerden auf?

a) zu bestimmten **Tageszeiten** (meistens: morgens / mittags / abends):

b) bei bestimmten **Tätigkeiten** (vor / während / nach **Belastung**) :

c) Kündigen sich die Schmerzen/Beschwerden vorher an? (**Vorboten**)

7. **Wie lange** dauern die Schmerzen/Beschwerden an (**Minuten**, **Std.** oder **Tage**)?

8. Bemerken Sie vor, während oder nach den Schmerzen/Beschwerden bestimmte **Erscheinungen** (**Übelkeit**, **Schwindel**, **Erbrechen**, **Kraftlosigkeit**...)?

9. Welche **Medikamente** nehmen Sie gegen Ihre Schmerzen/Beschwerden ein?

a) Führen Sie bitte hier Ihre **Medikamente gegen die Schmerzen/Beschwerden** auf. Geben Sie die Schmerzlinderung (Erfolg) bitte in **Prozent** an.

„AKTUELLE“ Schmerzmittel (z.B. Valoron)	Art (z. B.: Tabl.)	Dosierung (z. B.: 1x1)	Zeitraum (...Wochen)	Erfolg (gut/mäßig)
„FRÜHERE“ Schmerzmittel	Art (z. B.: Tabl.)	Dosierung (z. B.: 1x1)	Zeitraum (...Wochen)	Erfolg (gut/mäßig)

b) Welche **Medikamente** nehmen Sie **zusätzlich** ein? (z. B. **Marcumar**, Aspirin, Beta-Blocker...)

13. b) Wurden andere **nicht schmerzbezogene Operationen** durchgeführt?

Art der Operation	Datum	Erfolg

14. Welche **Untersuchungen** wurden bislang zur **Abklärung Ihrer Schmerzen/ Beschwerden** durchgeführt? (z.B.: **Röntgen/CT/MRT/** auch **EEG....**)

Diagnostische Maßnahme	Datum	Ergebnis

15. Welche **Behandlungen** wurden **wegen Ihrer Schmerzen/ Beschwerden** bislang **durchgeführt** und **vorgeschlagen**?

Behandlungsart (z. B. Akupunktur, Reizstrom...)	Zeitraum	Erfolg	Einrichtung (z. B. Praxis, Physiotherapeut...)

16. Sind Sie zur Zeit **gehfähig**? Kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an.

Ja, ich kann ohne Schmerzen gehen

Ja, aber teils unter Schmerzen

Ja, aber teils unter starken Schmerzen

Ja, aber nur unter Schmerzen

Nein, ich bin nicht mehr gehfähig

17. Sind Sie für Ihre eigene Versorgung (Körperpflege, Anziehen, Essen..) auf **fremde Hilfe** angewiesen?

18. Inwieweit werden Ihre **beruflichen Tätigkeiten** durch die Schmerzen beeinträchtigt? Angaben bitte in Prozent.

19. Ist bereits ein **Arbeitsplatzwechsel** erfolgt oder vorgesehen?

20. Liegt bei Ihnen eine **Minderung der Erwerbsfähigkeit** vor? Wenn ja, wie viel Prozent?

21. Sind Sie **berentet** oder haben Sie einen **Antrag auf Berentung** gestellt?

22. Inwieweit werden Ihre **allgemeinen Aktivitäten** und Ihre **Lebensfreude** durch die Schmerzen/Beschwerden beeinflusst? Angaben bitte in Prozent.

a) **Allgemeine Aktivität** (Was alles könnten Sie **ohne Schmerzen / Beschwerden mehr** bewältigen/unternehmen?):

b) **Lebensfreude** (Sind Sie **wegen Ihrer Schmerzen/Beschwerden** oft traurig, deprimiert oder gar verbittert?):

23. Wird Ihr **Schlaf** durch die Schmerzen/Beschwerden gestört?

24. Wird die **Beziehung zu Ihrem Partner oder zu anderen Menschen** durch Ihre Schmerzen/Beschwerden **gestört**?

25. Mit wem **wohnen** Sie zusammen?

26. Bitte machen Sie hier einige Angaben zu Ihren **Angehörigen**:

Leben Ihre **Eltern** noch? ja nein

Wie viele **Geschwister** haben Sie?

Haben Sie **Kinder, Enkelkinder**?

Haben Sie regelmäßigen Kontakt zu **Freunden**? ja nein

27. Was ist für Sie in der **Schmerztherapie** wichtig? Was wollen Sie **erreichen**?

28. Kennen Sie Ihr **persönliches Osteoporose-Risiko**?

ja nein

29. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie **schwanger**?

ja SSW:

 nein

30. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bekannte/Freunde **behandelnden Arzt** **Telefonbuch**
Gelbe Seiten **Internet** **Sonstige/s**

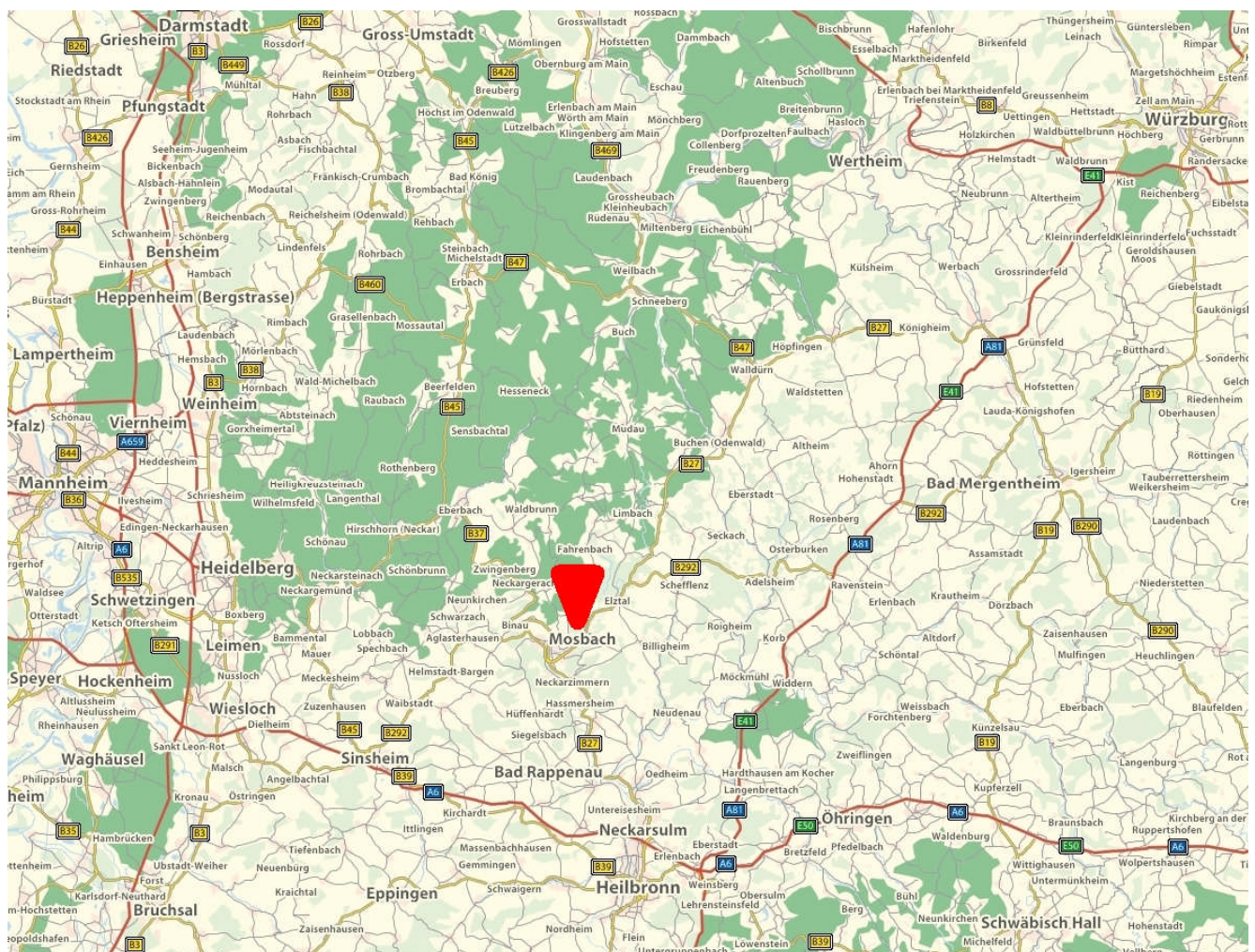
Ich versichere, dass ich alle mir bekannten Leiden und Beschwerden sowie die eingenommenen Medikamente genannt habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Liebe Patientin, lieber Patient!
Wir danken Ihnen, dass Sie diesen Fragebogen so gewissenhaft ausgefüllt haben,
was uns die Planung Ihrer weiteren Diagnostik und Behandlung erleichtert.

Neurochirurgische Schmerzpraxis
Dr. med. Andreas Potschka



Die Praxis befindet sich

im 2. OG der **Hauptpost** in Mosbach, Eisenbahnstraße 3. Der **Eingang** und ein **Personenaufzug** befinden sich auf der **Vorderseite des Gebäudes**. **Parkplätze** sind auf dem Majolika-Center, rechts hinter dem Postgebäude vorhanden – Die S-Bahnhaltestelle befindet sich nur 200 m vom Postgebäude entfernt.

Terminvereinbarungen u. Rezeptbestellungen: Mo.-Do von 10.00 bis 13.00 Uhr

Sprechzeiten: Mo. – Do. von 13.45 bis 18.15 Uhr