



Schmerzzentrum Rhein-Neckar-Odenwald

Dr. med. Andreas Potschka

Facharzt für Neurochirurgie
Spezielle Schmerztherapie
Rehabilitationswesen
Wirbelsäulentherapie
Ambulante Operationen
Fachkunde Computertomographie
Psychosomatische Grundversorgung

Eisenbahnstr. 3, 74821 Mosbach

Tel.: 06261-91822-0

Fax: 06261-91822-20

www.schmerz.info

info@schmerz.info



Zum Termin bringen Sie bitte mit:

- + Diesen ausgefüllten Fragebogen
- + Ihre Versichertenkarte
- + Ggfs. Überweisung an: „Neurochirurgie“

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 der Arzt, sondern auch die Medizinischen 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.

Wir danken für Ihre Mithilfe

Ihr Praxisteam



Zertifiziert nach ISO 9001:2008

Sprechzeiten: Mo–Do 9:00–13:00 und 14:00–18:30 Uhr





Datum: _____ Termin: _____

Angaben zu Ihrer Person

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax privat: _____

E-Mail: _____

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

Beruf/Tätigkeit: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Größe: _____ Gewicht: _____

Leiden Sie an einer **nicht schmerzbezogenen** Dauerdiagnose?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung /Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Marcumar-Patient/in |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Betreiben Sie **Sport**?

Ja Nein

Wenn ja, welche Art? _____ Wie oft? _____



Angaben zu Ihrem Versicherungsverhältnis

Krankenkasse: _____

Privatversicherung: _____

Sie sind versichert als: pflichtversichertes Mitglied oder:

freiwilliges Mitglied

Familien-Mitglied / Angaben zum Hauptversicherten:

(Name/Vorname/Geb.-Datum)

Rentner

Sind Sie von **Zuzahlungen** befreit?

Ja, Befreiung liegt vor bis: Nein

Sind Sie **Beihilfe** berechtigt?

Ja Nein

Haben Sie eine **Zusatzversicherung**?

Für ambulante Behandlungen Für stationäre Behandlungen Nein

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: _____

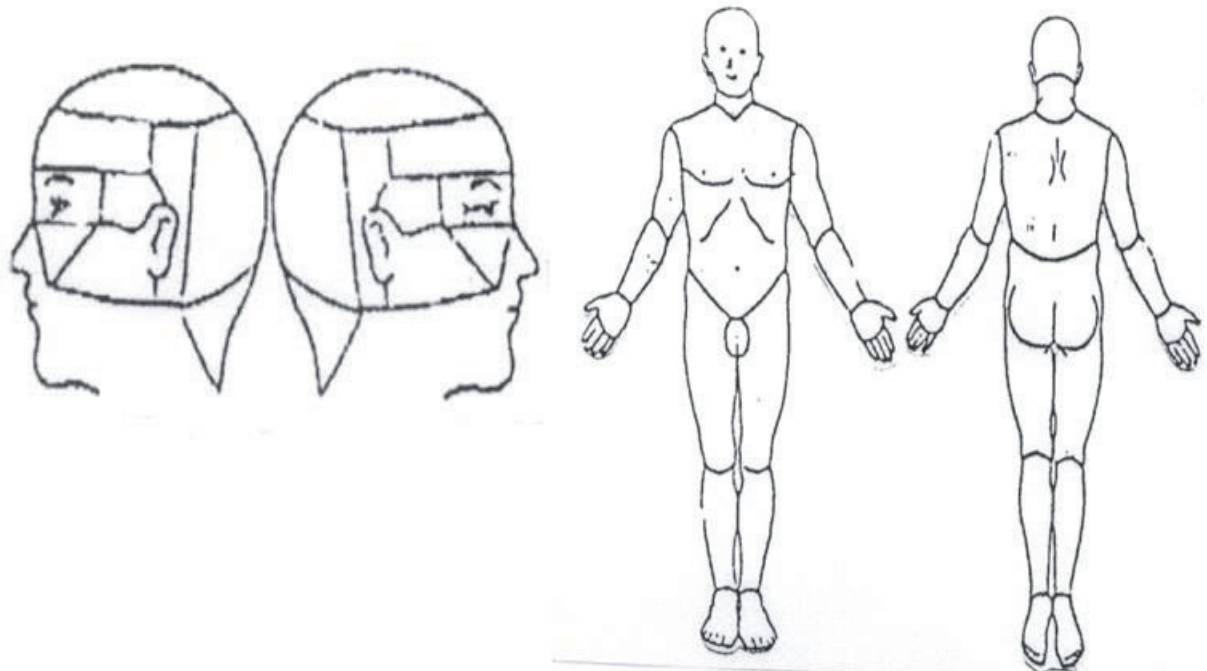
Tel: _____

Wünscht Ihr Facharzt einen Bericht: Ja Nein



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: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

b) maximal: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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**?

5.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, Stunden 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 in % (gut/mäßig)
---	--------------------	-------------------------	----------------------	-------------------------

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

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



10. Haben Sie schon einmal einen **Medikamentenentzug** (ambulant/stationär) gemacht?

- Ja Nein

Wenn ja: wann, in welcher **Einrichtung** und **wie lange**?

11. Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

- Ja Nein

Wenn ja, gegen was? (Haben Sie einen **Allergiepass**?)

12. Haben Sie **nach dem 45. Lebensjahr** schon mal einen **Knochenbruch** erlitten?

- Ja Nein
 Oberschenkelhalsbruch Armbruch Rippenbruch

13.a) Wurden Sie schon einmal wegen Ihrer **Schmerzen/Beschwerden operiert**? Geben Sie bitte auch hier die Schmerzlinderung (Erfolg) in **Prozent** an.

Art der Operation	Datum	Erfolg in %

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

Art der Operation	Datum	Erfolg in %



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.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, ich kann ohne Schmerzen gehen | <input type="checkbox"/> Ja, aber nur unter Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Ja, aber teils unter Schmerzen | <input type="checkbox"/> Ja, aber nur mit Gehhilfe (Stock, Rollator) |
| <input type="checkbox"/> Ja, aber teils unter starken Schmerzen | <input type="checkbox"/> Nein, ich bin nicht mehr gehfähig |

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

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Teilweise |
| <input type="checkbox"/> Überwiegend | <input type="checkbox"/> Nein |



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 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