

Schmerzfragebogen

Nachname: _____	Vorname: _____	Geb.-Datum: _____
Strasse: _____	PLZ: _____	Ort: _____
Telefon (privat): _____	Telefon (geschäftl.): _____	Telefax: _____
Krankenversicherung: _____	Beruf: _____	

	Problem	Datum erste Symptome	Derzeitige Symptome
1			
2			
3			
4			

Wenn Sie über ärztliche Befunde verfügen, bringen Sie diese bitte zu ihrer Erstbehandlung mit !!!

Woran sind Sie bisher operiert worden?

1. _____ Wann? _____ 2. _____ Wann? _____
3. _____ Wann? _____ 4. _____ Wann? _____

Welche Unfälle hatten Sie?

1. _____ Wann? _____ 2. _____ Wann? _____
3. _____ Wann? _____ 4. _____ Wann? _____

Wie haben sich Ihre Beschwerden im Laufe der Zeit verändert?

Zu welchen Tageszeiten sind Ihre Beschwerden deutlich wahrnehmbar?

Welche Medikamente nehmen Sie?

Was lindert Ihre Beschwerden?

Was verstärkt Ihre Beschwerden?

In welchen Tätigkeiten werden Sie durch Ihre Beschwerden eingeschränkt?

Tragen Sie hier bitte die Intensität Ihrer Gesamtschmerzen ein.

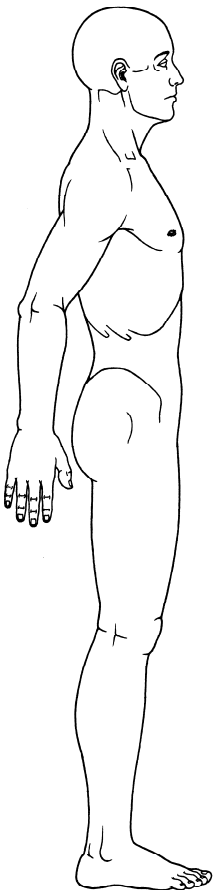
Markieren Sie bitte den Kreis, der Ihrer Schmerzintensität in der letzten Zeit am ehesten entspricht:

												
	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)											

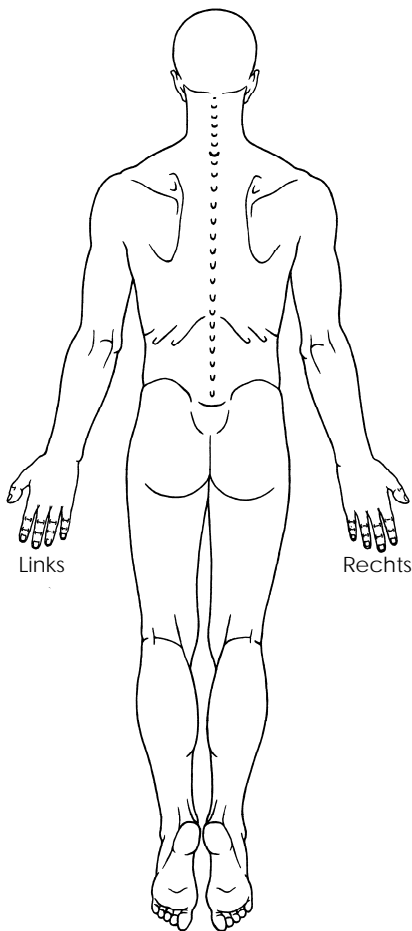
Bitte zeichnen Sie in diese Skizzen Ihr „Schmerzbild“ ein:

- Machen Sie ein Kreuz bei punktuellen Schmerzen X
- Machen Sie einen Pfeil bei ausstrahlenden Schmerzen —————>
- Machen Sie eine Schraffur bei diffusen Beschwerden //////
- Wenn Sie Farbstifte benutzen, zeichnen Sie die für Sie schlimmsten Schmerzen in der Zeichnung zum Beispiel mit rot, die zweitschlimmsten mit blau und so weiter mit grün und gelb //// // // //
- Bezeichnen Sie jeden Schmerzbezirk mit einer Zahl von 1 bis 10 nach der Intensität der letzten Tage (wie oben)

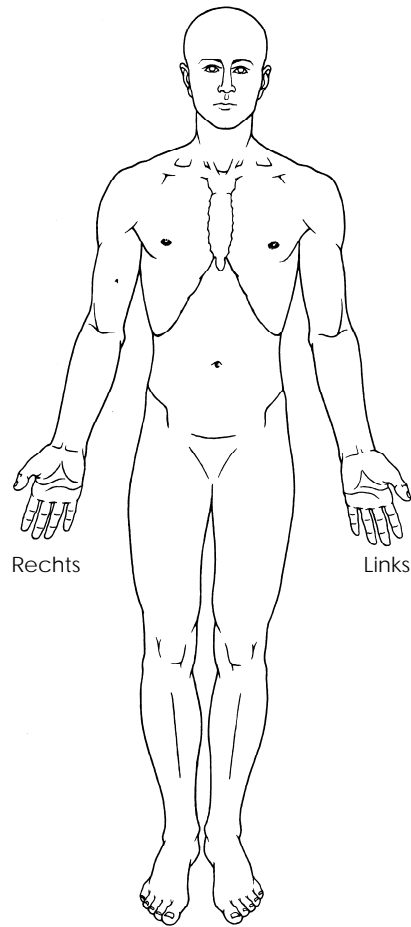
Rechte Seite



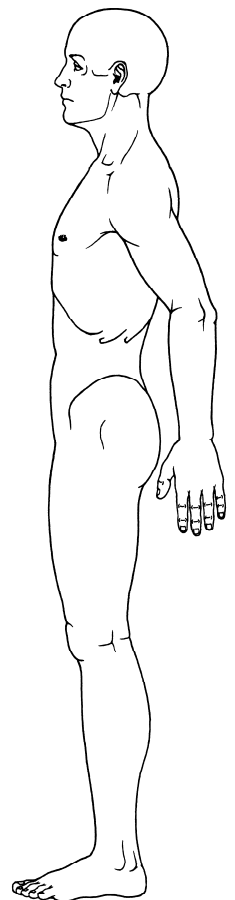
Rückseite



Vorderseite



Linke Seite



Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst genau mit Ihren eigenen Worten: