

Deutsches

Schmerzzentrum

Darmstadt

Anamnestischer Schmerzfragebogen



Luisenplatz 1 • 64283 Darmstadt

Tel.: 06151 786750

deutsches@schmerzzentrum-da.de

www.schmerzzentrum-da.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die Ursachen Ihrer Schmerzen besser einschätzen zu können, sind für uns Informationen aus unterschiedlichen Bereichen erforderlich. Daher ist es für uns wichtig, wie Sie Ihre Schmerzen genau beschreiben, an welchen Behandlungen Sie mit welchem Erfolg bereits teilgenommen haben und welche Auswirkungen der Schmerz auf Ihr Befinden und Ihre Lebensumstände hat.

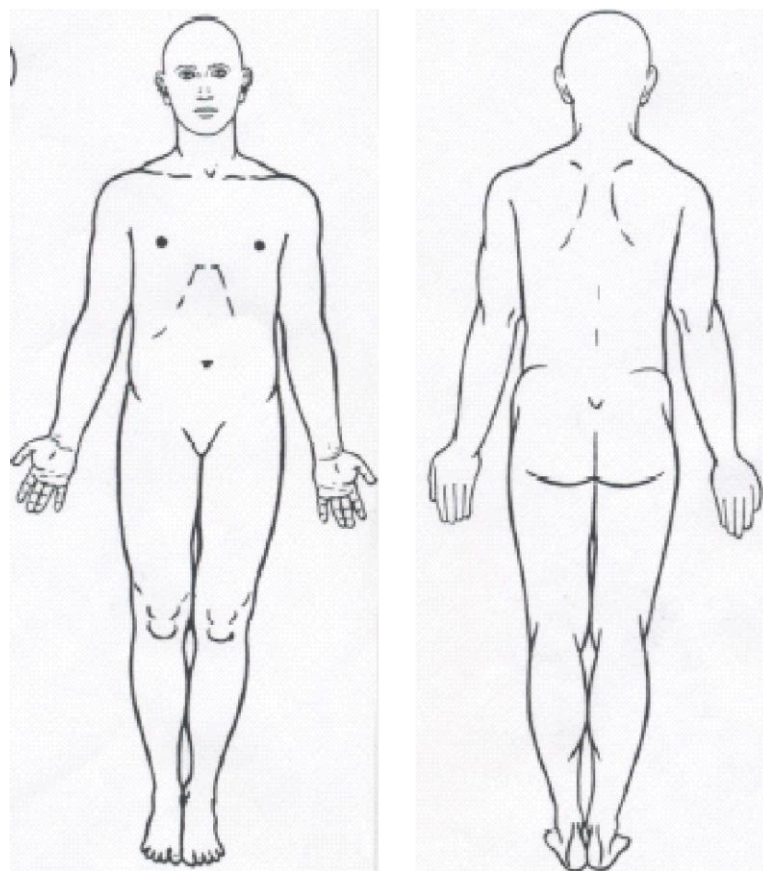
Ihre **freiwilligen** Angaben dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gespräches und der Untersuchung. Bitte beantworten Sie möglichst **alle** Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

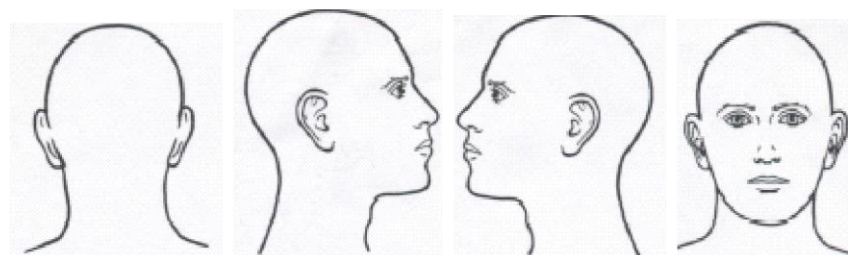
Ihre Fragebogendaten werden in unserem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, damit diese Ihren Therapeuten während Ihrer Behandlung jederzeit zur Verfügung stehen. Zugang haben nur berechtigte Mitarbeiter unserer Abteilung, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

1.	Name des Patienten:		Datum des Ausfüllens:			
2	Geburtsdatum:			Alter: _____Jahre		
3.	Geschlecht:		männlich ☐		weiblich ☐	
4.	Körpergröße (cm):			Körpergewicht (kg):		

5. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:



6. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung? _____

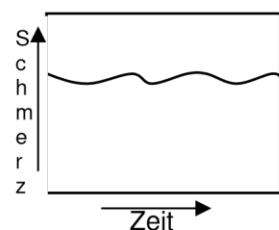
7. a) **Seit wann** bestehen diese Schmerzen?

weniger als 1 Monat ☐ 1 Monat bis 1/2 Jahr ☐ 1/2 Jahr bis 1 Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre ☐ 2 bis 5 Jahre ☐ mehr als 5 Jahre ☐

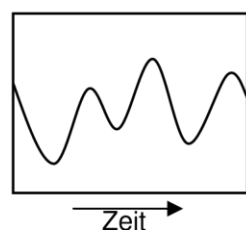
b) Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind?

Tag	Monat	Jahr		

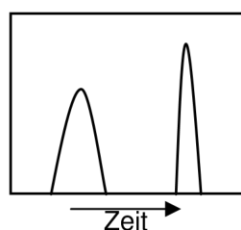
8. a) Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu? (Bitte nur **eine** Angabe machen!)



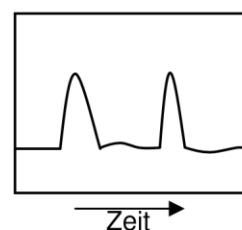
1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen ☐



2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen ☐



3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei ☐



4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen ☐

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

b) **Wie oft** treten diese Attacken durchschnittlich auf?

mehrfach täglich ☐ einmal täglich ☐ mehrfach wöchentlich ☐
einmal wöchentlich ☐ mehrfach monatlich ☐ einmal monatlich ☐
seltener: ☐ _____

c) **Wie lange** dauern diese Attacken durchschnittlich? Sekunden ☐ Minuten ☐
Stunden ☐ bis zu drei Tagen ☐ länger als drei Tage ☐

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark? Ja ☐ nein ☐
wenn ja: morgens ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ abends ☐ nachts ☐

10. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftsworten können Sie genauer beschreiben, **wie Sie Ihre Schmerzen empfinden**. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre **typischen Schmerzen in der letzten Zeit**. Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie **für jedes Wort ein Kreuz**, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.

Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

3 = trifft genau zu 2 = trifft weitgehend zu 1 = trifft ein wenig zu 0 = trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0		3	2	1	0
....dumpf	☐	☐	☐	☐	heiß	☐	☐	☐	☐
....drückend	☐	☐	☐	☐	brennend	☐	☐	☐	☐
....pochend	☐	☐	☐	☐	elend	☐	☐	☐	☐
....klopfend	☐	☐	☐	☐	schauderhaft	☐	☐	☐	☐
....stechend	☐	☐	☐	☐	scheußlich	☐	☐	☐	☐
....ziehend	☐	☐	☐	☐	furchtbar	☐	☐	☐	☐

SBL © Korb 2006

11. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte **auf den unten aufgeführten Skalen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation). Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

a) Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an: [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] kein stärkster
Schmerz vorstellbarer Schmerz

b) Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:
[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] kein stärkster
Schmerz vorstellbarer Schmerz

c) Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:
[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] kein stärkster
Schmerz vorstellbarer Schmerz

d) Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:
[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] kein stärkster Schmerz vorstellbarer Schmerz

a) **An wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

--	--	--

b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

[0] [1][2][3][4][5][6][7][8][9][10] keine völlige Beeinträchtigung Beeinträchtigung

möglich) für mich ist **keine Ursache** ☐ erkennbar auf eine bestimmte Krankheit

wenn ja, welche? auf eine Operation wenn ja, welche?

Tag Monat Jahr

auf einen Unfall wenn ja, welchen?

Datum des Unfalls

auf körperliche Belastung Tag

Monat

Jahr a

auf eine andere Ursache wenn ja,

welche?

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen:

b) Sind alle diesbezüglichen **rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen** abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)? ja ☐ nein ☐

Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ...

Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen ☐

Ich weiß es nicht ☐

trifft gar trifft vollnicht zu kommen zu

0	1	2	3	4	5
0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0

1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt. ○ ○ ○ ○ ○ ○

2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3. Ich habe mich behaglich gefühlt. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4. Ich habe mein Leben genießen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich habe mich richtig freuen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

FW7 © Herda, Scharfenstein u. Basler 1998

17. **Fragen zu Ihrem Befinden**

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

- 0 Traf **gar nicht** auf mich zu
1 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**
2 Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder **ziemlich oft**
3 Traf **sehr stark** auf mich zu oder **die meiste Zeit**

1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3	
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3	
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	0	1	2	3	
4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3	
5. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3	
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3	
7. Ich zitterte (z.B. an den Händen).	0	1	2	3	
8. Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3	
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3	
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3	
11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3	
12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3	
13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3	
14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3	
15. Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3	
16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3	
17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3	
18. Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3	
19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzklopfen).	0	1	2	3	
20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3	
21. Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3	

18. a) **Von wem** wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht oder behandelt**

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

b) Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt? ja ☐ nein ☐
wenn ja, welche? _____

19. **Wie** wurden Ihre Schmerzen **bisher behandelt**?

Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob Ihre **Schmerzen** durch diese Maßnahmen zumindest zeitweise gelindert wurden.

20. Wurden Sie schon einmal **operiert**? ja ☐ wie oft? mal nein ☐

Wichtig sind für die Beantwortung dieser Frage auch alle „kleineren operativen Eingriffe“, die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, z.B. Nasenoperationen, Gelenk- und Bauchspiegelungen. Bitte markieren Sie, welche Operation **wegen Ihrer Schmerzen** durchgeführt wurde.

Art der Operation:	Datum:	wg. Schmerz?↓
1. _____		☐
2. _____		☐
3. _____		☐
4. _____		☐
5. _____		☐
	TagMonatJahr	

[illegible]

22. **Frühere Schmerzmedikamente:** Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben. Bitte bewerten Sie auch deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen.

Ihre früheren Schmerz-Medikamente	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen?
	nein	etwas	ja	bitte beschreiben

23. Haben Sie Allergien gegen Bestimmte Medikamente?

ja

nein

wenn ja, gegen welche?

24. Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen**? Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte.
Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. „0“ bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3“ besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs

ja

nein

Welche Erkrankung:

keine

Beeinträchtigung

starke

[0]

[1]

[2]

[3]

Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks

ja

nein

z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung,
Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach
Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall

[0]

[1]

[2]

[3]

keine **Beeinträchtigung** starke Rückenmarkverletzung, Andere:

Erkrankungen der Atemwege

ja

nein

z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach
Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung

keine

Beeinträchtigung

starke

[0]

[1]

[2]

[3]

Andere:

Erkrankungen von Herz oder Kreislauf

ja

nein

z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma;
Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie

keine

Beeinträchtigung

starke

[0]

[1]

[2]

[3]

Andere:

Magen-, Darmerkrankungen

ja

nein

z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit); Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels); Zustand nach Magen- oder Darmblutung

keine

Beeinträchtigung

starke

[0]

[1]

[2]

[3]

Andere:

Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse

ja

nein

z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse

keine

Beeinträchtigung

starke

[0]

[1]

[2]

[3]

Andere:

Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane

ja

nein

z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen

keine

Beeinträchtigung

starke

[0]

[1]

[2]

[3]

Andere:

Stoffwechsel-Erkrankungen

ja

nein

z.B. Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte

keine

Beeinträchtigung

starke

[0]

[1]

[2]

[3]

Andere:

Hauterkrankungen

ja

nein

z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme

keine

Beeinträchtigung

starke

[0]

[1]

[2]

[3]

Andere:

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes

ja

nein

z.B. Chronische Polyarthrits, M.Bechterew; rheumatische Muskelentzündung, Skoliose; Osteoporose; Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk; Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers

keine

Beeinträchtigung

starke

[0]

[1]

[2]

[3]

Andere:

Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Mager- Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose	ja ☐ nein ☐	sucht, chronische
Andere: _____	keine ☐ [0]	Beeinträchtigung [1] [2] [3] starke
Andere Erkrankungen	ja ☐ nein ☐	keine ☐ [0]
_____	Beeinträchtigung [1] [2] [3] starke	
Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV	ja ☐ nein ☐	
Andere: _____		
Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub	ja ☐ nein ☐	
D-16. Welche Schulbildung haben Sie? ☐ keinen Abschluss ☐ Hauptschule / Volksschule ☐ Realschule / Mittlere Reife ☐ Fachhochschulreife ☐ Abitur / allgemeine Hochschulreife ☐		
D-17. Welche Berufsausbildung haben Sie: _____ _____		

Modul S

Sozialrechtliche Situation

S-1. Sind Sie zurzeit **berufstätig**? (trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind)

ja, ich bin zurzeit berufstätig, d.h. habe einen Arbeitsplatz ☐ → weiter bei Frage S-2

nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig ☐

Ich habe zuletzt gearbeitet als (bitte eintragen): _____
_____ → weiter bei Frage S-5

Die Fragen S-2 bis S-4 bitte beantworten, wenn Sie zurzeit berufstätig sind (auch bei Krankschreibung)

S-2. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? _____

S-3. Sind Sie **zurzeit arbeitsunfähig**? ja ☐ nein ☐

wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können? ja ☐ nein ☐

S-4. Wie viele Tage waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?

ich war in letzten 3 Monaten an _____ Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)

ich bin durchgehend arbeitsunfähig ☐ seit

Tag	Monat	Jahr					

Die Frage S-5 bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind.

S-5. Wenn Sie zurzeit **nicht berufstätig** sind, sind Sie ...

Schüler/in, Student/in ☐ Hausfrau / Hausmann ☐ berentet ☐

arbeitslos / erwerbslos ☐ seit ____/____ (Monat/Jahr)

S-6. Beabsichtigen Sie einen **Renten-Antrag** oder einen **Antrag auf Renten-Änderung** zu stellen? ja ☐ nein ☐

Haben Sie einen **Rentenantrag** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?

nein ☐ ja ☐

wenn ja, wegen: _____ am:

Tag	Monat	Jahr					

Ist bereits ein **Rentenantrag abgelehnt** worden? ja ☐ nein ☐

Befindet sich derzeit ein Rentenanspruch im **Widerspruchsverfahren**? ja ☐ nein ☐

S-7. Beziehen Sie **derzeit** eine **Rente**? ja ☐ nein ☐

wenn ja, auf Zeit ☐ bis wann:

Tag	Monat	Jahr					

endgültig ☐ seit wann:

Tag	Monat	Jahr					

wenn ja, Berentung welcher Art?

Vorgezogenes Altersruhegeld	☐	Teilweise Erwerbsminderung	☐
Berufsunfähigkeit	☐	Volle Erwerbsminderung	☐
Erwerbsunfähigkeit	☐	Unfallrente	☐
Erreichen der Altersgrenze	☐	Witwen- oder Waisenrente	☐

Modul L Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Ihre Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie gut Sie Ihre Alltagstätigkeiten ausüben können.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei der Antwort auf eine Frage unsicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich.

	aus- gezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?					
In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Sind Sie <u>derzeit</u> aufgrund Ihrer Gesundheit bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?					
	ja, stark	ja, etwas	nein, überhaupt nicht eingeschränkt		
2. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln					
3. mehrere Treppenabsätze steigen					

4. Hatten Sie <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit die folgenden Probleme	nein	selten	manchmal	meistens	immer
bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten?	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐	☐	☐	☐

Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen	☐	☐	☐	☐	☐
Hatten Sie <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> aufgrund seelischer Probleme die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	☐	☐	☐	☐	☐

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
6. Inwieweit haben Schmerzen <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt?					
In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> gefühlt haben und wie es Ihnen ergangen ist. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.					
	Nie	häufig	ziemlich oft	immer	
Wie oft fühlten Sie sich <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> ...					
7. ruhig und gelassen?					
8. voller Energie?					
9. entmutigt und traurig?					
	immer	meistens	manchmal	selten	nie
10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?					

Modul V

Vorbehandlungen

V-1 Bitte notieren Sie soweit möglich jeweils Namen, Fachrichtung und Adresse von **Ärzten, Heilpraktikern und anderen Therapeuten**, bei denen Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits in Behandlung waren oder sind.

Name	Fachrichtung	Adresse	in Behandlung von – bis

V-2 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** stationären Behandlungen (**Krankenhausaufenthalte**)

Name	Adresse	von – bis

V-3 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** Aufenthalte in **Kur- oder Rehabilitationskliniken**

Name	Adresse	von – bis

Platz für weitere Bemerkungen: