

# Schmerz- Verlaufsfragebogen

Stempelfeld Schmerztherapeutische Einrichtung



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Dezember 2024

Die Schutzrechte liegen bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

heute interessiert uns Ihr aktuelles Befinden. Wir bitten Sie daher, **alle** Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen.

**Alle Angaben, die Sie in diesem Fragebogen machen, werden streng vertraulich behandelt.**

### Wichtige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Der Fragebogen besteht aus mehreren Teilen. Bitte lesen Sie die jeweiligen Anleitungen zur Beantwortung der Fragen genau und gehen Sie die Teile des Fragebogens der Reihe nach durch.

Beantworten Sie die Fragen, indem Sie ein Kreuz im entsprechenden Kästchen setzen:

z.B. ☒

oder Ihre Antwort an die durch einen Unterstrich gekennzeichnete Stelle schreiben:

z.B. Rückenschmerzen

Zahlen tragen Sie bitte in die vorgegebenen Kästchen ein:

z.B.   Tage

Bitte lassen Sie keinen Teil des Fragebogens aus und beantworten Sie **alle** Fragen.

**Herzlichen Dank!**

#### Schutzrechte

Die Schutzrechte des Deutschen Schmerzfragebogens (DSF) liegen bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

*Der Deutsche Schmerzfragebogen enthält u.a.:*

Schmerzbeschreibungsliste (SBL): Korb 2006, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

Graded Chronic Pain Scale Items and Scoring (GCPS): Von Korff et al. 1992, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

Fragebogen zum Wohlbefinden (MFHW): Herda, Scharfenstein, Basler 1998, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

Depressivität, Angst und Stress bei Schmerzen (DASS): Nilges, Essau 2012, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

Schmerz-Bewertungs-Skala (PCS): Meyer et al. 2008

Veterans RAND 12 Gesundheitsfragebogen (VR-12): Trustees of Boston University 2014, Dt. Version: Buchholz, Kohlmann 2015

Bitte tragen Sie hier **das heutige Datum** ein:

|     |  |       |  |      |  |  |  |
|-----|--|-------|--|------|--|--|--|
|     |  |       |  |      |  |  |  |
| Tag |  | Monat |  | Jahr |  |  |  |

1. Haben Sie derzeit noch Schmerzen?

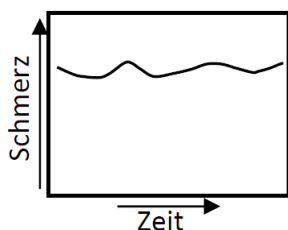
- ja ..... ☐ → bitte weiter bei Frage 2  
 nein ..... ☐ → bitte weiter bei Frage 5 (auf Seite 4)

2. Bitte geben Sie an, in welchen Körperbereichen Ihre Schmerzen derzeit **hauptsächlich** auftreten. Mehrfachantworten sind möglich.

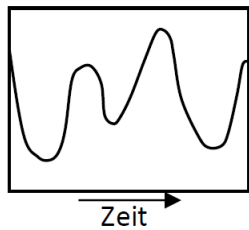
- Kopf / Gesicht ..... ☐  
 Nacken / Schultern ..... ☐  
 Arme / Hände ..... ☐  
 Oberer Rücken / Brustwirbelsäule ..... ☐  
 Unterer Rücken / Lendenwirbelsäule ..... ☐  
 Hüften / Gesäß ..... ☐  
 Beine / Füße ..... ☐  
 Bauchbereich (Ober- und Unterbauch) ..... ☐  
 Geschlechtsorgane / After ..... ☐  
 Schmerzen in einer Körperhälfte / im ganzen Körper ..... ☐

**Hinweis:** Bitte beziehen Sie sich bei allen folgenden Fragen auf Ihre Schmerzen, wegen derer Sie hauptsächlich in Behandlung sind bzw. waren.

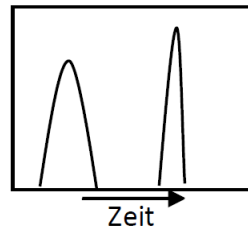
3a. Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen **in den letzten 4 Wochen** am besten zu?  
 Bitte nur **eine** Angabe machen!



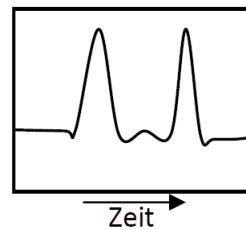
☐ 1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



☐ 2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen



☐ 3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei



☐ 4) Dauerschmerzen, dazwischen zusätzliche Schmerzattacken

Falls Sie an **Schmerzattacken** leiden (d.h. wenn Sie Bild 3 oder Bild 4 angekreuzt haben), beantworten Sie bitte **zusätzlich** folgende Fragen:

3b. **Wie oft** treten die Attacken durchschnittlich auf?

- mehrfach am Tag ..... ☐  
 einmal am Tag ..... ☐  
 mehrfach in der Woche ..... ☐  
 einmal in der Woche ..... ☐  
 mehrfach im Monat ..... ☐  
 einmal im Monat ..... ☐  
 seltener als einmal im Monat ... ☐

3c. **Wie lange** dauern diese Attacken durchschnittlich?

- Sekunden ..... ☐  
 Minuten ..... ☐  
 Stunden ..... ☐  
 bis zu drei Tage ..... ☐  
 länger als drei Tage ..... ☐

4. 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.

|                                     | trifft<br>genau zu       | trifft weit-<br>gehend zu | trifft ein<br>wenig zu   | trifft<br>nicht zu       |
|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich empfinde meine Schmerzen als... | 3                        | 2                         | 1                        | 0                        |
| ... dumpf                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... drückend                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... pochend                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... klopfend                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... stechend                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ziehend                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... heiß                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... brennend                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... elend                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... schauderhaft                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... scheußlich                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... furchtbar                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. In den folgenden Fragen geht es um Ihre **momentanen** Schmerzen und Ihre Schmerzen **in den letzten 4 Wochen**.

Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte **auf den unten aufgeführten Skalen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden.

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.

- 5a. Geben Sie zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                               | 9                        | 10                       |
| kein Schmerz             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | stärkster vorstellbarer Schmerz |                          |                          |

- 5b. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                               | 9                        | 10                       |
| kein Schmerz             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | stärkster vorstellbarer Schmerz |                          |                          |

- 5c. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                               | 9                        | 10                       |
| kein Schmerz             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | stärkster vorstellbarer Schmerz |                          |                          |

**6.** In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen **während der letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die Auswirkungen der Schmerzen erfahren.

**6a.** An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

Ich konnte meinen üblichen Aktivitäten...

... an allen Tagen nachgehen ☐.

... an etwa   Tagen **nicht** nachgehen.

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

**6b.** In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| keine Beeinträchtigung   |                          |                          |                          |                          | völlige Beeinträchtigung |                          |                          |                          |                          |                          |

**6c.** In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- und Freundeskreis** beeinträchtigt?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| keine Beeinträchtigung   |                          |                          |                          |                          | völlige Beeinträchtigung |                          |                          |                          |                          |                          |

**6d.** In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| keine Beeinträchtigung   |                          |                          |                          |                          | völlige Beeinträchtigung |                          |                          |                          |                          |                          |

**7.** Haben Ihre Schmerzen in den letzten 3 Monaten abgenommen?

ja ..... ☐ → Können Sie sagen, **um wieviel Prozent** Ihre Schmerzen abgenommen haben?  
um etwa \_\_\_\_ %

nein ..... ☐

**8.** Wie beurteilen Sie den bisherigen Erfolg Ihrer Behandlung?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr gut                 | gut                      | zufriedenstellend        | weniger gut              | schlecht                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 9. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

ja ..... ☐ → bitte weiter bei Frage 10

nein ..... ☐ → bitte weiter bei Frage 11

10. Aktuelle Medikamenten-Einnahme. Bitte tragen Sie in die Tabelle **alle Medikamente** ein, die Sie **zurzeit** einnehmen (z.B. Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel).

|          | Ihre aktuellen Medikamente | Stärke   | Form     | Ich nehme das Medikament regelmäßig: |          |        |           | Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf: |                                 |
|----------|----------------------------|----------|----------|--------------------------------------|----------|--------|-----------|------------------------------------------|---------------------------------|
|          |                            |          |          | morgens                              | mit-tags | abends | zur Nacht | ja?                                      | Ungefähr wie oft pro Monat?     |
| Beispiel | Ibuprofen                  | 800mg    | Tablette | 1                                    | 0        | 0      | 1         |                                          |                                 |
| Beispiel | Fentanyl                   | 25µg/Std | Pflaster | 1 (alle 3 Tage)                      | 0        | 0      | 0         |                                          |                                 |
| Beispiel | Novaminsulfon              | 500mg/ml | Tropfen  |                                      |          |        |           | X                                        | 3-4x je 40 Trpf. an ca. 3 Tagen |

Bitte hier Ihre Medikamente eintragen:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

11. Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in der **letzten Woche** meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte **alle Aussagen**.

|                                                               | trifft gar nicht zu      |                          |                          |                          |                          |                          | trifft voll-kommen zu |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
|                                                               | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |                       |
| 1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| 2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| 3. Ich habe mich behaglich gefühlt.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| 4. Ich habe mein Leben genießen können.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| 5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| 6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| 7. Ich habe mich richtig freuen können.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |

**12. 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

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

## Schmerz-Bewertungs-Skala

- 13.** Die folgenden dreizehn Sätze beschreiben **verschiedene Gedanken und Gefühle**, die bei Schmerzen auftreten können. Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala eine Zahl bei jeder Frage, wie stark diese Gedanken und Gefühle auf Sie zutreffen, wenn Sie Schmerzen haben.

|     |                                                                                    | trifft<br>überhaupt<br>nicht zu | trifft eher<br>nicht zu  | teils-<br>teils          | trifft eher<br>zu        | trifft<br>immer zu       |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|     |                                                                                    | 0                               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
| 1.  | Ich mache mir ständig Sorgen, ob die Schmerzen wohl jemals wieder aufhören werden. | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Ich denke, ich kann nicht mehr.                                                    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Der Zustand ist schrecklich und ich denke, dass es nie mehr besser wird.           | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Der Zustand ist furchtbar und droht mich zu überwältigen.                          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Ich habe das Gefühl, ich halte es nicht mehr aus.                                  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Ich bekomme Angst, dass die Schmerzen noch stärker werden.                         | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Ich denke ständig an andere Situationen, in denen ich Schmerzen hatte.             | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Ich wünsche mir verzweifelt, dass die Schmerzen weggehen.                          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Ich kann nicht aufhören, an die Schmerzen zu denken.                               | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Ich denke ständig daran, wie sehr es schmerzt.                                     | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Ich denke ständig daran, wie sehr ich mir ein Ende der Schmerzen herbeiwünsche.    | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Es gibt nichts, was ich tun kann, um die Schmerzen zu lindern.                     | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Ich mache mir Sorgen, dass die Schmerzen auf etwas Schlimmes hindeuten.            | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Gesundheitsbezogene Lebensqualität

- 14.** In diesem Fragebogenabschnitt geht es um die Beurteilung **Ihres Gesundheitszustandes**. Ihre Angaben ermöglichen es nach zu vollziehen, 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.

|                                                                        | ausgezeichnet            | sehr gut                 | gut                      | weniger gut              | schlecht                 |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Sind Sie **derzeit** aufgrund Ihrer Gesundheit bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

|                                                                                        | ja, stark eingeschränkt  | ja, etwas eingeschränkt  | nein, überhaupt nicht eingeschränkt |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 2. <b>Mittelschwere</b> Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3. <b>Mehrere</b> Treppenabsätze steigen                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

Hatten Sie **in den vergangenen 4 Wochen** aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten?

|                                                                         | nie                      | selten                   | manchmal                 | meistens                 | immer                    |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hatten Sie **in den vergangenen 4 Wochen** aufgrund **seelischer Probleme** die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

|                                                                                                                                 | nie                      | selten                   | manchmal                 | meistens                 | immer                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen.                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                 | überhaupt nicht          | ein wenig                | mäßig                    | ziemlich                 | sehr                     |
| 8. Inwieweit haben Schmerzen <b>in den vergangenen 4 Wochen</b> Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich **in den vergangenen 4 Wochen** 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.

| Wie oft fühlten Sie sich <b>in den vergangenen 4 Wochen...</b> |                                                                                                                                                                                                    | immer                    | meistens                 | ziemlich oft             | manchmal                 | selten                   | nie                      |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.                                                             | ... ruhig und gelassen?                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.                                                            | ... voller Energie?                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.                                                            | ... entmutigt und traurig?                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                    | immer                    | meistens                 | manchmal                 | selten                   | nie                      |                          |
| 12.                                                            | Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <b>in den vergangenen 4 Wochen</b> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Behandlungen

- 15.** Wurden Sie in den letzten 3 Monaten **wegen Ihrer Schmerzen** ambulant von einem Arzt oder einem Therapeuten untersucht oder behandelt (schließt auch Behandlungen in einer Krankenhausambulanz oder eine Gruppentherapie ein)?

ja ..... ☐ → bitte weiter bei Frage 16  
 nein ..... ☐ → bitte weiter bei Frage 17

- 16.** Kreuzen Sie bitte die Facharzt- bzw. Berufsgruppe an, die Sie in den letzten 3 Monaten **wegen Ihrer Schmerzen** bisher aufgesucht haben (Mehrfachantworten sind möglich).

|                                             |                                                |                                                   |                                                    |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Hausarzt:in ..... <input type="checkbox"/>  | Neurochirurg:in ..... <input type="checkbox"/> | Physiotherapeut:in ..... <input type="checkbox"/> | Radiologe:in ..... <input type="checkbox"/>        |
| Chirurg:in ..... <input type="checkbox"/>   | Neurolog:in ..... <input type="checkbox"/>     | Psychiater:in ..... <input type="checkbox"/>      | Schmerztherapeut:in ..... <input type="checkbox"/> |
| Internist:in ..... <input type="checkbox"/> | Orthopäde:in ..... <input type="checkbox"/>    | Psychotherapeut:in ..... <input type="checkbox"/> | Ergotherapeut:in ..... <input type="checkbox"/>    |
| Andere .....                                |                                                |                                                   |                                                    |

- 17.** Wurden Sie in den letzten 3 Monaten **wegen Ihrer Schmerzen** stationär oder tagesklinisch im einem Krankenhaus behandelt?

ja ..... ☐ → insgesamt   Tage  
 nein ..... ☐

- 18.** Haben Sie in den letzten 3 Monaten an einer stationären oder ambulanten Rehabilitation (Reha-Klinik, ambulantes Reha-Zentrum, „Kur“) teilgenommen?

ja ..... ☐ → insgesamt   Tage  
 nein ..... ☐

## Fragen zu Ihrer Berufstätigkeit

19. Was auf der folgenden Liste **trifft auf Sie zu?** Ich bin derzeit...

- in Vollzeit erwerbstätig ..... ☐
- in Teilzeit erwerbstätig ..... ☐
- geringfügig beschäftigt / Minijob ..... ☐
- in beruflicher Ausbildung / Lehre / Umschulung ..... ☐
- Hausfrau:Hausmann ..... ☐
- Schüler:in ..... ☐
- Student:in ..... ☐
- Rentner:in / pensioniert ..... ☐
- arbeitssuchend / arbeitslos ..... ☐
- sonstiges ..... ☐

20. An wie vielen Tagen waren Sie **in den letzten 3 Monaten** krankgeschrieben?

Ich war ... an keinem Tag krankgeschrieben ☐.

... an ungefähr   Tagen krankgeschrieben.

21. Sind Sie **zurzeit** krankgeschrieben?

ja ..... ☐ → wenn ja, seit wann?

Tag                      Monat                      Jahr

→ wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können?

ja ..... ☐                      nein ..... ☐

nein ..... ☐

22. Haben Sie einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (Frührente aus Gesundheitsgründen) gestellt?

ja ..... ☐ → Der Antrag ...

... ist bewilligt worden. .... ☐

... ist noch nicht entschieden. .... ☐

... ist abgelehnt. .... ☐

... befindet sich im Widerspruchs- / Klageverfahren. .... ☐

nein ..... ☐ → Überlegen Sie derzeit, einen solchen Antrag zu stellen?

ja ..... ☐                      nein ..... ☐

23. Wurde bei Ihnen ein durch das Versorgungsamt anerkannter **Grad der Behinderung (GdB)** festgestellt?

ja ..... ☐ → wenn ja, wie hoch ist der Grad der Behinderung?

nein ..... ☐

Platz für weitere Bemerkungen:

---



---



---

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!**