Fragebogen Schmerzen

Dieser Fragebogen wird ergänzend zum Basis-Erfassungsbogen verwendet, um Schmerzen genauer einzugrenzen.

Basis-Daten

Erfassungsdatum: Name, Vorname: Adresse:

Telefon:

Email Adresse:

Geburtsdatum:

Alter:

Geschlecht:

Größe:

Gewicht:

Allgemeine Beschreibung durch den Klienten:

Bitte beschreibe selbst in kurzen Worten deine Schmerz/en und deine derzeitige

Situation:

Detailfragen zur Präzisierung (bitte nach Bedarf auswählen):

Wo befindet sich dein Schmerz?

Bei großflächigen Schmerzen: Wo befindet sich das Maximum?

Strahlt der Schmerz aus – wenn ja, wohin?

In welchen Situationen tritt der Schmerz auf?

Gibt es einen bestimmten Auslöser, durch den der Schmerz beginnt?

Wie lange hält der Schmerz an, wenn er einmal ausgelöst ist?

Wie ist der Verlauf des Schmerzes bis er wieder ganz abgeklungen ist?

Wann und wo trat der Schmerz zum ersten Mal auf?

Entwickelte sich der Schmerz plötzlich oder allmählich?

Wie oft tritt der Schmerz auf?

Wie war der Gesamtverlauf des Schmerzes seit dem ersten Mal als er auftrat?

Hat sich der Schmerz mit der Zeit verändert?

Hat sich die Art des Schmerzes verändert?

Sind seitdem noch weitere Schmerzen hinzugekommen?

Wie fühlt sich der Schmerz an?

Bitte beschreibe zuerst selbst, wie du deinen Schmerz in Worte fassen würdest. Welche Adjektive würden am besten zu dem Schmerz passen? (bspw. ziehend, drückend, stechend, brennend, pochend etc.)

Wie stark / intensiv ist der Schmerz?

Generell kannst du Angaben auf einer Skala von 0-10 machen, wobei 0 für „gar kein Schmerz“ und 10 für „den stärksten Schmerz, den ich mir vorstellen kann“ steht. Eine solche Skala ist natürlich nicht wirklich repräsentativ, aber sie kann schon dennoch sehr hilfreich sein, Einblicke in deine Situation zu bekommen.

Wie stark würdest du den Schmerz bzw. deine Schmerzen (bei mehreren Schmerzarten bitte einzeln bewerten) auf einer Skala von 0-10 einstufen?

Hattest du schon einmal einen ähnlichen Schmerz in einer anderen Situation oder an einer anderen Körperstelle?

Wie unterscheidet sich die Schmerzstärke im Ruhezustand oder in Bewegung?

Mit welcher Schmerzstärke könntest du gut leben? Welche Schmerzstärke muss mindestens erreicht sein, damit du einen normalen Alltag leben könntest?

Was hat Einfluss auf den Schmerz?

Gibt es Tätigkeiten, Situationen oder Außeneinflüsse, die sich auf den Schmerz auswirken und ihn verändern? Wenn ja, wie und in welchem Maß?

Welchen Einfluss hat eine Haltungs- oder Lageänderung?

Wie wirkt sich Bewegung und Belastung auf den Schmerz aus?

Gibt es etwas, was den Schmerz lindert oder womit Sie den Schmerz wieder abstellen können?

Welche Behandlungen / Therapien haben bisher am besten gegen den Schmerz geholfen?

Welche Therapieversuche wurden bisher unternommen?

Wie haben diese gewirkt?

Werden derzeit noch Therapien durchgeführt? Wenn ja, wie sind die Ergebnisse?

Wurden oder werden Medikamente eingenommen? Wenn ja, wie war oder ist die Wirkung?

Welche Wünsche / Erwartungen hast du von der Behandlung hier?

Hast du von anderen Schmerzpatienten gehört oder gelesen, bei denen eine solche Behandlung gut angeschlagen hat?

Hast du konkrete Vorstellungen, was der Behandler für dich tun kann?

Welches Ergebnis sollte mindestens erzielt werden, damit sich diese Behandlung für dich „rentiert hat“?

Sonstige Informationen,

die du zu diesem Thema noch teilen möchtest.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Behandlung beeinträchtigen können.

Unterschrift des Klienten