

# SCHMERZ-DIAGNOSEBOGEN

Datum: \_\_\_\_\_

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Männlich

Weiblich

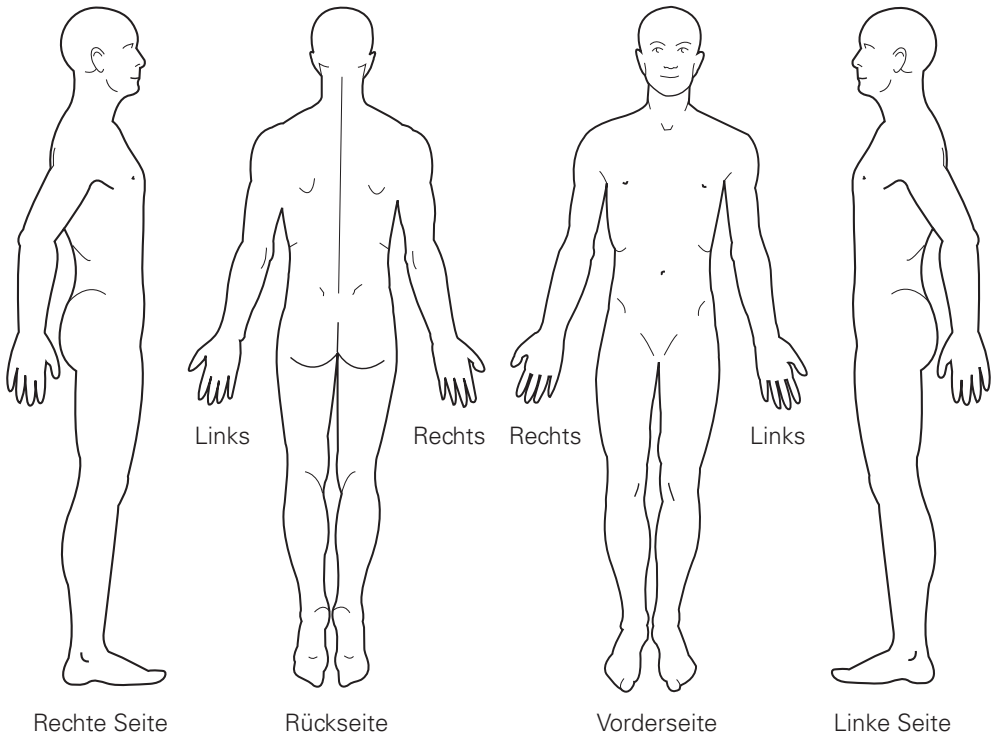
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ cm      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

## Wo haben Sie Schmerzen?

Kurze Schmerzschilderung

\_\_\_\_\_

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



## Seit wann bestehen die Schmerzen?

\_\_\_\_\_ Tage(n) \_\_\_\_\_ Woche(n) \_\_\_\_\_ Monate(n) \_\_\_\_\_ Jahr(en)

## Wie oft treten die Schmerzen auf?

Einmal täglich     mehrmals täglich     mehrmals wöchentlich

## Wann treten die Schmerzen auf? (Mehrere Antworten möglich)

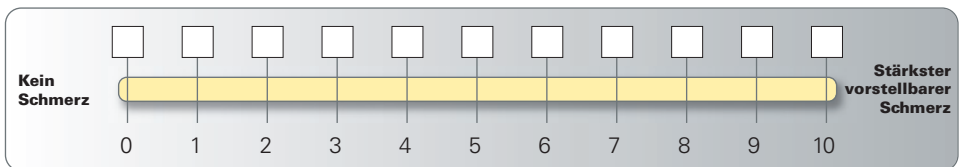
Ruheschmerz     Belastungsschmerz     Schmerzattacken     Dauerschmerz

## Wie lange dauern die Schmerzen jeweils an?

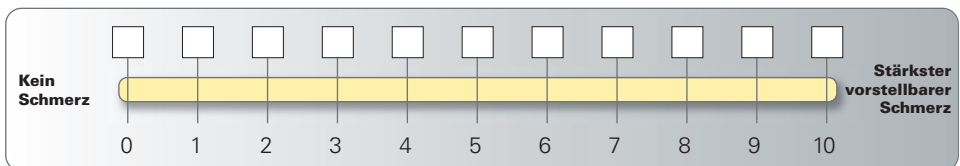
\_\_\_\_\_ Sekunden    \_\_\_\_\_ Minuten    \_\_\_\_\_ Stunden    \_\_\_\_\_ Tage

## Schmerzstärke

Wie stark sind Ihre Schmerzen durchschnittlich?



Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Therapie maximal erträglich?



## Wie war der Verlauf Ihrer Schmerzen in den letzten 4 Wochen?

- Auftreten:     selten                       gleichbleibend                       häufig  
Intensität:     schwach                       gleichbleibend                       stark

## Spüren / Empfinden Sie im Bereich Ihrer Schmerzen mitunter ...

	nie	kaum	gering	mittel	stark	sehr stark
... eine leichte Berührung / leichten Druck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ein Brenngefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ein Kribbel-/ Prickelgefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... blitzartige / elektrisierende Schmerzattacken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Kälte / Wärme als schmerzhaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ein Taubheitsgefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Wo / Wann empfinden Sie Ihre Schmerzen besonders belastend?

- in Ruhe     bei Wärme     im Schlaf  
 beim Spazieren gehen     Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Wie ist Ihre momentane persönliche Stimmungslage?

(unabhängig von Schmerzleiden):

- ich bin gestresst     ich fühle mich niedergeschlagen     mir geht es gut

## Sind Sie derzeit in Schmerzbehandlung?

medikamentös       nicht medikamentös       nein

## Welche(s) Medikament(e) nehmen Sie gegen Ihre Schmerzen ein?

Medikament(e):	regelmäßig	bei Bedarf
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar: \_\_\_\_\_

## Sind bei Ihnen in Zusammenhang mit Arzneimittelverordnungen Unverträglichkeiten aufgetreten?

Bisherige Schmerzmittel: \_\_\_\_\_

Sonstige Medikamente: \_\_\_\_\_

Bekannte Allergien: \_\_\_\_\_

Ich versichere alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben:

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift