UMM
UNIVERSITÄTSMEDIZIN
MANNHEIM

UMM Universitätsmedizin Mannheim, 68135 Mannheim

Medizinische Fakultät Mannheim
der Universität Heidelberg

Universitätsklinikum Mannheim

Klinik für Anästhesiologie und
Operative Intensiv und Scmerzmedizin
Direktorin:
Prof. Dr. med. Grietje Beck

-Schmerzzentrum-
Leiter: PD. Dr. med. Martin Dusch

Telefon: +49 621 383-2608
Telefax: +49 621 383-3826
www.umm.de/schmerzambulanz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

beiliegend finden Sie einen Schmerz-Fragebogen, den die Deutsche Schmerzgesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie gemeinsam erarbeitet haben. Der Fragebogen betrifft Ihre Person und Ihre Krankengeschichte. Er dient, zusätzlich zu den von Ihnen mitzubringenden medizinischen Berichten und Befunden, der Klärung Ihres Krankheitsbildes und erleichtert uns die Planung Ihrer weiteren Diagnostik und Behandlung.

Die gewissenhafte und vollständige Beantwortung aller Fragen, auch wenn sie sich wiederholen sollten, liegt daher in Ihrem eigenen Interesse.

Manche Fragen werden Ihnen unwichtig oder sogar indiskret vorkommen und scheinen überhaupt nicht im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen zu stehen. Schmerzen sind jedoch ein so umfassende Herausforderung, dass wir möglichst viele Einzelheiten von Ihnen erfahren möchten. Anders ist eine hilfreiche Therapieplanung nur schlecht möglich.

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst selbständig und ohne fremde Hilfe aus!

Alle Daten dieses Fragebogens unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes unterworfen, siehe Seite drei.

Wir bitten um Rücksendung des Fragebogens, um Ihnen dann einen Termin vorschlagen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

PD. Dr. med. Martin Dusch
Oberarzt, Leiter Schmerzzentrum

Schmerz-Fragebogen

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
Schmerzzentrum
Universitätsklinikum Mannheim
Theodor-Kutzer-Ufer 1-3
68167 Mannheim
Tel.: 0621-383 2608
Fax: 0621-383 3826

schmerzzentrum@umm.de
http://www.umm.de/schmerzambulanz

Empfohlen von

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.
German Pain Association · Société Allemande de la Douleur

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sicher haben Sie selbst schon erlebt wie schwierig es ist, Ihrem Arzt eine genaue Beschreibung Ihrer Schmerzen zu geben. Er ist jedoch darauf angewiesen, zu erfahren, wie Ihre Schmerzen beschaffen sind und wie Sie auf die Schmerzbehandlung ansprechen.

Ihre Angaben in diesem Fragebogen dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gespräches und der Basisuntersuchung. In Ihrem eigenen Interesse möchten wir Sie deshalb bitten, alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten.

Bitte beantworten Sie **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. Die Bearbeitung Ihrer Angaben in unserer schmerztherapeutischen Einrichtung entspricht den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

Ihre Fragebogendaten werden in einem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, das nur berechtigten Mitarbeitern unserer Abteilung zugänglich ist. Diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Zur Verbesserung der Versorgung werden Daten für eine externe Qualitätssicherung herangezogen. Die Daten werden pseudonymisiert, d.h. sie können Ihnen nicht zugeordnet werden. Um eine optimale Versorgung zu gewährleisten und um sicherzugehen, dass unsere Behandlungen bestmögliche Wirksamkeit entfalten, überprüfen wir außerdem 18-21 Monate nach dem Erstkontakt mit unserer Schmerzambulanz wie sich Ihre Beschwerden entwickelt haben. Hierzu bekommen Sie zum gegebenen Zeitpunkt ausführliche Informationen.

Wir bitten Sie hiermit um Ihr Einverständnis zur Abspeicherung der Daten. Dieses Einverständnis können Sie jeder Zeit widerrufen. Weiterhin bitten wir Sie um ihr Einverständnis in 18-21 Monaten telefonisch oder auf dem Postweg Kontakt mit Ihnen aufnehmen zu dürfen, um die Entwicklung Ihrer Beschwerden per Fragebogen zu erfragen.

Einverständniserklärung

Meine personenbezogenen Daten in dem von mir ausgefüllten Schmerzfragebogen und in den als Anlage überreichten Dokumenten dürfen zum Zweck der Schmerztherapie durch das Schmerzzentrum nach den Regeln der ärztlichen Schweigepflicht pseudonymisiert gespeichert und verwendet werden.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass die erhobenen Daten pseudonymisiert für wissenschaftliche Projekte ausgewertet und an wissenschaftliche Kooperationspartner der Schmerzambulanz weitergegeben werden dürfen. Ich bin auch damit einverstanden in 18-21 Monaten erneut kontaktiert zu werden (telefonisch, per Post), um mich dann zu entscheiden, ob ich über meine Beschwerden erneut Auskunft erteilen und an der Nachbefragungsstudie teilnehmen will.

Ort	Datum	Vor- und Nachname

Die folgenden vier Zeilen nicht ausfüllen!

Patienten-Nr.: _____

Ausgabe-Datum: _____

Eingangs-Datum: _____

Erster Behandlungstermin _____

1. Heutiges Datum: |__|__|__|__|__|__|__|__| Tag Monat Jahr

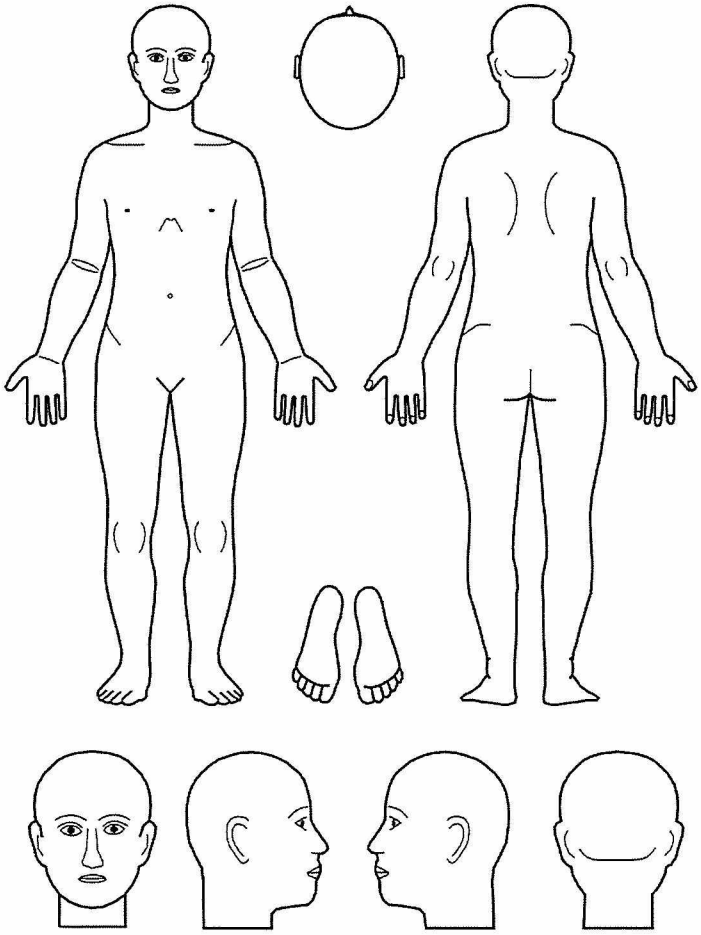
2. Geburtsdatum: |__|__|__|__|__|__|__|__| Tag Monat Jahr

3. Alter _____Jahre

4. Geschlecht: männlich ○ weiblich ○

5. Körpergröße: _____ cm **Körpergewicht:** _____ kg

6. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten. Bitte zeichnen Sie die Umrisse der Schmerzareale ein und malen Sie die Flächen aus.



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

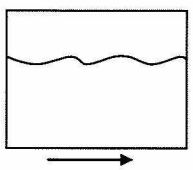
7. Wegen welcher Schmerzen kommen sie hauptsächlich zur Behandlung? _____

8. a) Seit wann bestehen diese Schmerzen?

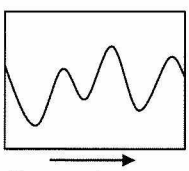
○ weniger als 1 Monat
○ 1 Monat bis ½ Jahr
○ ½ Jahr bis 1 Jahr
○ 1 bis 2 Jahre
○ 2 bis 5 Jahre
○ mehr als 5 Jahre

b) Können Sie ein genaues Datum angeben? |__|__|__|__|__|__|__|__|

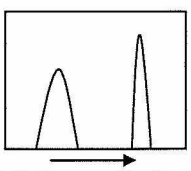
9. a) Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen am besten zu? (nur eine Antwort)



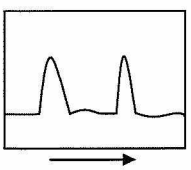
1. Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen ○



2. Dauerschmerzen mit starken Schwankungen ○



3. Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei ○



4. Schmerzattacken auch dazwischen Schmerzen ○

9. b) Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bild 3 oder 4 vorherige Seite): Wie oft treten diese Attacken durchschnittlich auf?

○ mehrfach täglich ○ einmal täglich ○ mehrfach wöchentlich
○ einmal wöchentlich ○ mehrfach monatlich ○ einmal monatlich
○ seltener, und zwar: _____ (bitte Häufigkeit angeben)

9. c) Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bild 3 oder 4 vorherige Seite): Wie lange dauern diese Attacken durchschnittlich?

○ Sekunden ○ Minuten ○ Stunden
○ bis zu drei Tagen ○ länger als drei Tage

10. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark? ○ ja ○ nein

wenn ja, wann?: morgens ○ mittags ○ nachmittags ○ abends ○ nachts ○

11. 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.

Ich empfinde meine Schmerzen als...	**trifft genau zu**	**trifft weitgehend zu**	**trifft ein wenig zu**	**trifft nicht zu**
...dumpf	③	②	①	⓪
...drückend	③	②	①	⓪
...pochend	③	②	①	⓪
...klopfend	③	②	①	⓪
...stechend	③	②	①	⓪
...ziehend	③	②	①	⓪
...heiß	③	②	①	⓪
...brennend	③	②	①	⓪
...elend	③	②	①	⓪
...schauderhaft	③	②	①	⓪
...scheußlich	③	②	①	⓪
...furchtbar	③	②	①	⓪

SBL© Korb, 2006

12. Geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie auf den unten aufgeführten Linien an, wie stark Sie Ihre Schmerzen (unter Ihrer üblichen Medikation) empfinden. Die Zahlen können Ihnen bei der Einteilung helfen: Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter den stärksten vorstellbaren Schmerzen. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

a) Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

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

⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

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

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

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

⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

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

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

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

⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

d) Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

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

⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

13. 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.

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)?

an etwa |___|___| Tagen

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

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

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

⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

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

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

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

⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

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

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

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

⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

14. a) Auf welche Ursachen führen Sie Ihre Schmerzen zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- ○ für mich ist keine Ursache erkennbar
- ○ auf eine bestimmte Krankheit, und zwar: _____
- ○ auf eine Operation, und zwar: _____ Datum: _____
- ○ auf einen Unfall, und zwar: _____ Datum: _____
- ○ auf körperliche Belastung
- ○ auf seelische Belastung
- ○ auf eine andere Ursache, und zwar: _____

14. b) Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen: Sind alle diesbezüglichen rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)? ja ○ nein ○

15. Was machen Sie selbst, um Ihre Schmerzen günstig zu beeinflussen?

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

_____

_____

○ Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen (falls zutreffend, bitte ankreuzen)

16. Was löst Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen aus oder verschlimmert sie?

_____

_____

○ Ich weiß es nicht (falls zutreffend, bitte ankreuzen)

17. Bitte schätzen Sie Ihr derzeitiges allgemeines Wohlbefinden ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in den letzen 14 Tagen meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der 6-stufigen 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.

Trotz der Schmerzen würde ich sagen:	**trifft gar nicht zu**					**trifft voll-kommen zu**
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	⓪	①	②	③	④	⑤
2 Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	⓪	①	②	③	④	⑤
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	⓪	①	②	③	④	⑤
4. Ich habe mein Leben genießen können.	⓪	①	②	③	④	⑤
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	⓪	①	②	③	④	⑤
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	⓪	①	②	③	④	⑤
7. Ich habe mich richtig freuen können.	⓪	①	②	③	④	⑤

FW7 © Herda, Scharfenstein u. Basler 1998

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

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

18. 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.

	wenn erhalten, ankreuzen	**wenn ja:**	**wirksam**	**vorüber gehend wirksam**	**nicht wirksam**
bisher **keine** Schmerzbehandlung	○				
Medikamente	○	→	○	○	○
Infusionen	○	→	○	○	○
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	○	→	○	○	○
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	○	→	○	○	○
Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	○	→	○	○	○
Krankengymnastik	○	→	○	○	○
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	○	→	○	○	○
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	○	→	○	○	○
Akupunktur	○	→	○	○	○
Chiropraktik	○	→	○	○	○
Psychotherapie	○	→	○	○	○
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	○	→	○	○	○
Medikamenten-Entzug	○	→	○	○	○
Kur-/Reha-Behandlung	○	→	○	○	○
Anderes: _____ (falls zutreffend, bitte benennen)	○	→	○	○	○

20. Wurden Sie schon einmal operiert? Wichtig für die Beantwortung dieser Frage sind auch alle „kleineren operativen Eingriffe", die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, z.B. Nasenoperationen, Gelenk- und Bauchspiegelungen. Bitte geben Sie alle Operationen an und kreuzen Sie solche an, die wegen Ihrer Schmerzen durchgeführt wurden. Verwenden Sie, falls nötig, ein zusätzliches Blatt oder die Rückseite.

○ nein, ich wurde noch nie operiert

○ ja, ich wurde bisher |__|__| mal operiert

↓ **Art der Operation:**	**Datum:**	**wg. Schmerz durchgeführt?** (bitte ankreuzen)
1. _____	|_|_|_|_|_|_|_|_|	○
2. _____	|_|_|_|_|_|_|_|_|	○
3. _____	|_|_|_|_|_|_|_|_|	○
4. _____	|_|_|_|_|_|_|_|_|	○
5. _____	|_|_|_|_|_|_|_|_|	○

21. Aktuelle Medikamenten-Einnahme. Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie zurzeit nehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel usw.)

Bitte tragen Sie hier all Ihre aktuellen Medikamente ein:	**Ich nehme das Medikament regelmäßig**				**Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf**	
	früh	**mittags**	**abends**	**spät abends**	**wenn zutreffend, ankreuzen**	**ungefähr wie oft pro Monat?**
Beispiel: Ibuprofen 600	1 Tbl.	1 Tbl	0	0	○	
					○	
					○	
					○	
					○	
					○	
					○	
					○	
					○	
					○	

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?**			**Gab es Nebenwirkungen?** (bitte beschreiben)
	nein	**etwas**	**ja**	
	○	○	○	
	○	○	○	
	○	○	○	
	○	○	○	
	○	○	○	
	○	○	○	

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 aufgeführt. Kreuzen Sie bitte an, ob Sie an einer der Krankheitsgruppen leiden. Unterstreichen Sie dann das zutreffende Beispiel oder geben Sie den Namen der Erkrankung an. Zuletzt 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.

	Zutreffendes unterstreichen oder Namen angeben	Beeinträchtigung keine – starke
1. Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs ○ nein ○ ja, →→→	Name: _____ _____ →	⓪ ① ② ③
2. Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns, Rückenmarks ○ nein ○ ja, →→→	Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie, Rückenmarksverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall Name: _____ →	⓪ ① ② ③
3. Atemwegserkrankungen ○ nein ○ ja, →→→	Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose, Lungenentzündung Name: _____ →	⓪ ① ② ③
4. Erkrankungen von Herz, Kreislauf ○ nein ○ ja, →→→	koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurisma, Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose oder Embolie Name: _____ →	⓪ ① ② ③
5. Magen-, Darmerkrankungen ○ nein ○ ja, →→→	Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre, Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkonsistenz, Magen- oder Darmblutung Name: _____ →	⓪ ① ② ③
6. Erkrankungen der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse ○ nein ○ ja, →→→	chronische Leberentzündung (Hepatitis), Leberzirrose, Gallenkoliken, Entzündung der Bauchspeicheldrüse Name: _____ →	⓪ ① ② ③
7. Erkrankungen der Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane ○ nein ○ ja, →→→	chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung, Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen Name: _____ →	⓪ ① ② ③
8. Stoffwechselerkrankungen ○ nein ○ ja, →→→	Zuckerkrankheit, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Erhöhung der Blutfettwerte Name: _____ →	⓪ ① ② ③
9. Hauterkrankungen ○ nein ○ ja, →→→	Psoriasis (Schuppenflechte), Nesselsucht, Ekzeme Name: _____ →	⓪ ① ② ③
10. Erkrankungen des Muskelskelettsystems/ Bindegewebes ○ nein ○ ja, →→→	chronische Polyarthristis, M. Bechterew, rheumatische Muskelentzündung, Skoliose, Osteoporose, Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk, Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers Name: _____ →	⓪ ① ② ③
11. Seelische Leiden ○ nein ○ ja, →→→	Depression, Angstzustände, Magersucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose Name: _____ →	⓪ ① ② ③
12. Andere Erkrankungen ○ nein ○ ja, →→→	Name: _____ →	⓪ ① ② ③
13. Risikofaktoren ○ nein ○ ja, →→→	Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Name: _____ →	⓪ ① ② ③
14. Unverträglichkeiten, Allergien ○ nein ○ ja, →→→	Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub Name: _____ →	⓪ ① ② ③

Modul D Demographie, Versicherung

D1. Nachname: _____ **Vorname:** _____

Geburtsname: _____

D2. Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel. privat: _____ **Tel. dienstl.:** _____

Handy: _____ **E-Mail:** _____

D3. Entfernung von Ihrer Wohnung bis zu unserer Klinik: ca. _____ km

D4. Nationalität: _____ **Muttersprache:** _____

D5. Name, Adresse und Telefon-Nummer Ihres überweisenden Arztes:

_____

D6. Name, Adresse und Telefon-Nummer der Ärzte oder Psychotherapeuten, die Sie zurzeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage 5): _____

_____

_____

D7. Krankenversicherung für ambulante Behandlung: _____

Zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse: _____

D8. Krankenversicherung für stationäre Behandlung: _____

D9. Beihilfe-Berechtigung: nein ○ ja ○, durch: _____

D10. Behandlung aufgrund eines anerkannten BG-Verfahrens (Arbeits- oder Wegeunfall) ja ○ nein ○

D11. Haben Sie eine Krankentagegeldversicherung? ja ○ nein ○

D12. Besteht eine Zusatzversicherung? ja ○ nein ○

D13. Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt? (Mehrfachantworten sind möglich)

ich lebe allein ○ Ehepartner / Partner ○ Kinder ○ (Schwieger-)Eltern ○

D14. Welche Schulausbildung haben Sie?

○ Keinen Abschluss ○ Hauptschule/Volksschule ○ Realschule/Mittlere Reife

○ Fachhochschulreife ○ Abitur / allgemeine Hochschulreife

Modul L Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Bei diesen Fragen geht es um die **Beurteilung Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes**. Ihre Antworten ermöglichen, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Antwort ankreuzen, die am Besten auf Sie zutrifft.

L1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?
ausgezeichnet ① sehr gut ② gut ③ weniger gut ④ schlecht ⑤

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

L2. Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Tennis spielen
ja, stark eingeschränkt ① ja, etwas eingeschränkt ② nein, überhaupt nicht eingeschränkt ③

L3. Mehrere Treppenabsätze steigen
ja, stark eingeschränkt ① ja, etwas eingeschränkt ② nein, überhaupt nicht eingeschränkt ③

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

L4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte. ja ① nein ②

L5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun. ja ① nein ②

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

L6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte. ja ① nein ②

L7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten. ja ① nein ②

L8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zuhause und im Beruf behindert?
überhaupt nicht ① ein bisschen ② mäßig ③ ziemlich ④ sehr ⑤

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen ergangen ist (bitte kreuzen Sie in jeder Zeile den Begriff an, der Ihrem Empfinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ...

L9. ruhig und gelassen...
immer ① meistens ② ziemlich ③ manchmal ④ selten ⑤ nie ⑥

L10. voller Energie...
immer ① meistens ② ziemlich ③ manchmal ④ selten ⑤ nie ⑥

L11. entmutigt und traurig...
immer ① meistens ② ziemlich ③ manchmal ④ selten ⑤ nie ⑥

L12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Bekannten usw.) beeinträchtigt?
immer ① meistens ② manchmal ③ selten ④ nie ⑤

SF-12 © Morfeld, Kirchberger u. Bullinger 2011

Modul S Sozialrechtliche Situation

S1. Sind Sie zurzeit berufstätig? (trifft auch zu, wenn Sie gerade arbeitsunfähig sind)

○ ja, ich bin zurzeit berufstätig, d.h. ich habe einen Arbeitsplatz

↓

Die folgenden Fragen bitte nur beantworten, wenn Sie zurzeit berufstätig sind.

S2. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?

_____

S3. Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig? ja ○ nein ○

↓

Wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können? ja ○ nein ○

S4. Wie viele Tage waren Sie in den letzten 3 Monaten arbeitsunfähig?

○ Ich war in den letzten 3 Monaten an _____ Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)

○ Ich bin durchgehend arbeitsunfähig seit

|__|__|__|__|__|__|__|__| Tag Monat Jahr

○ nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig

↓

Die folgende Frage bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind.

S5. Wenn Sie zur Zeit nicht berufstätig sind, sind Sie...

○ Schüler/in, Student/in
○ Hausfrau/Hausmann
○ berentet
○ arbeitslos/erwerbslos seit

|__|__|__|__|__|__|__|__| Monat Jahr

↓

S6a. Beabsichtigen Sie einen Renten-Antrag oder einen Antrag auf Renten-Änderung zu stellen?

ja ○ nein ○

S6b. Haben Sie einen Renten-Antrag/Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der noch nicht entschieden ist

nein ○ ja ○, wegen: _____, gestellt am: |__|__|__|__|__|__|__|__| Tag Monat Jahr

S6c. Ist bereits ein Rentenantrag abgelehnt worden? ja ○ nein ○

S6d. Befindet sich derzeit ein Rentenantrag im Widerspruchsverfahren? ja ○ nein ○

S7. Beziehen Sie derzeit eine Rente? ja ○ nein ○

↓

Wenn ja, auf Zeit ○ und zwar bis: |__|__|__|__|__|__|__|__| Tag Monat Jahr

endgültig ○ und zwar seit: |__|__|__|__|__|__|__|__| Tag Monat Jahr

↓

Wenn ja, Berentung welcher Art?

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

S8a. Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsgelegenheiten) anerkannten Grad der Behinderung (GdB)? ja ○ nein ○ → wenn ja, wie hoch ist der GdB? _____

S8b. Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt? ja ○ nein ○

Modul V Vorbehandlungen

V1. 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 (Falls nötig, verwenden Sie zusätzlich ein gesondertes Blatt oder die Rückseite).

Name	Fachrichtung	Adresse	Behandlung von bis

○ ich wurde bisher noch nicht wegen meiner Schmerzen behandelt (falls zutreffend, bitte ankreuzen)

V2. Bitte notieren Sie hier Ihre schmerzbezogenen stationären Behandlungen (Krankenhausaufenthalte)

Name	Fachrichtung	Adresse	Behandlung von bis

○ ich wurde bisher noch nicht stationär wegen meiner Schmerzen behandelt (falls zutreffend, bitte ankreuzen)

V3. Bitte notieren Sie hier Ihre schmerzbezogenen Aufenthalte in Kur- oder Rehabilitationskliniken

Name	Fachrichtung	Adresse	Behandlung von bis

○ ich absolvierte bisher noch keine schmerzbezogene Rehabilitationsmaßnahme (falls zutreffend, bitte ankreuzen)

Wir benötigen zur **vollständigen Erfassung Ihrer Krankheitsgeschichte** evtl. die Befunde der aufgeführten ärztlichen Kollegen bzw. der aufgeführten therapeutischen Einrichtungen.
Die Befunde dürfen wir nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis anfordern. Wir bitten Sie daher, die nachfolgende Entbindung von der Schweigepflicht zu unterschreiben.

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin mit der Anforderung von Unterlagen, die der Vervollständigung meiner Krankheitsgeschichte dienen, durch das

Schmerzzentrum
Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
Universitätsklinikum Mannheim
Theodor-Kutzer-Ufer 1-3
68167 Mannheim

einverstanden.

Ort	Datum	Vor- und Nachname

Modul Z Zusatzfragen

Z1. Im Folgenden finden Sie eine Liste von körperlichen Beschwerden.
Bitte geben Sie an, ob Sie im Laufe der **vergangenen 2 Jahre** unter diesen Beschwerden über kürzere oder längere Zeit gelitten haben oder immer noch leiden.
Geben Sie nur solche Beschwerden an, die Ihr Wohlbefinden **stark beeinträchtigt** haben und

für die von Ärzten keine genauen Ursachen gefunden wurden.

Ich habe **in den vergangenen 2 Jahren** unter folgenden Beschwerden gelitten:		**ja**	**nein**
1.	Kopf- oder Gesichtsschmerzen	O	O
2.	Schmerzen im Bauch oder in der Magengegend	O	O
3.	Rückenschmerzen	O	O
4.	Gelenkschmerzen	O	O
5.	Schmerzen in den Armen oder Beinen	O	O
6.	Brustschmerzen	O	O
7.	Schmerzen im Enddarm	O	O
8.	Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	O	O
9.	Schmerzen beim Wasserlassen	O	O
10.	Übelkeit	O	O
11.	Völlegefühl (sich aufgebläht fühlen)	O	O
12.	Druckgefühl, Kribbeln oder Unruhe im Bauch	O	O
13.	Erbrechen (außerhalb einer Schwangerschaft)	O	O
14.	Vermehrtes Aufstoßen (in der Speiseröhre)	O	O
15.	„Luftschlucken", Schluckauf oder Brennen im Brust- oder Magenbereich	O	O
16.	Unverträglichkeit von verschiedenen Speisen	O	O
17.	Appetitverlust	O	O
18.	Schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge	O	O
19.	Mundtrockenheit	O	O
20.	Häufiger Durchfall	O	O
21.	Flüssigkeitsaustritt aus dem Darm	O	O
22.	Häufiges Wasserlassen	O	O
23.	Häufiger Stuhldrang	O	O
24.	Herzrasen oder Herzstolpern	O	O
25.	Druckgefühl in der Herzgegend	O	O
26.	Schweißausbrüche (heiß oder kalt)	O	O
27.	Hitzewallungen oder Erröten	O	O
28.	Atemnot (außer bei Anstrengung)	O	O
29.	Übermäßig schnelles Ein- und Ausatmen	O	O
30.	Außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung	O	O
31.	Flecken oder Farbänderungen der Haut	O	O
32.	Sexuelle Gleichgültigkeit	O	O
33.	Unangenehme Empfindungen im oder am Genitalbereich	O	O
34.	Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen	O	O

Ich habe **in den vergangenen 2 Jahren** unter folgenden Beschwerden gelitten:		**ja**	**nein**
35.	Lähmung oder Muskelschwäche	O	O
36.	Schwierigkeiten beim Schlucken oder Kloßgefühl	O	O
37.	Flüsterstimme oder Stimmverlust	O	O
38.	Harnverhaltung oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen	O	O
39.	Sinnestäuschungen	O	O
40.	Verlust von Berührungs- oder Schmerzempfindungen	O	O
41.	Unangenehme Kribbelempfindungen	O	O
42.	Sehen von Doppelbildern	O	O
43.	Blindheit	O	O
44.	Verlust des Hörvermögens	O	O
45.	Krampfanfälle	O	O
46.	Gedächtnisverlust	O	O
47.	Bewusstlosigkeit	O	O

Für Frauen:

Ich habe **in den vergangenen 2 Jahren** unter folgenden Beschwerden gelitten:		**ja**	**nein**
48.	Schmerzhafte Regelblutungen	O	O
49.	Unregelmäßige Regelblutungen	O	O
50.	Übermäßige Regelblutungen	O	O
51.	Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft	O	O
52.	Ungewöhnlicher oder verstärkter Ausfluss aus der Scheide	O	O

Für Männer:

Ich habe **in den vergangenen 2 Jahren** unter folgenden Beschwerden gelitten:		**ja**	**nein**
53.	Impotenz oder Störungen des Samenergusses	O	O

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die von Ihnen oben (ab S. 14) genannten Beschwerden, für die von Ärzten keine genauen Ursachen gefunden werden konnten.

54. Wie oft waren Sie wegen der genannten Beschwerden beim Arzt? O keinmal O 1 bis 2 x O 3 bis 6 x O 6 bis 12 x O mehr als 12 x

		ja	**nein**
55.	Konnte der Arzt für die genannten Beschwerden eine genaue Ursache feststellen?	O	O
56.	Wenn der Arzt Ihnen sagte, dass für Ihre Beschwerden keine Ursachen zu finden seien, konnten Sie dies akzeptieren?	O	O
57.	Haben die genannten Beschwerden Ihre Wohlbefinden sehr stark beeinträchtigt?	O	O
58.	Haben die genannten Beschwerden Ihr Alltagsleben (z.B. Familie, Arbeit, Freizeitaktivitäten) stark beeinträchtigt?	O	O
59.	Nahmen Sie wegen der genannten Beschwerden Medikamente ein?	O	O
60.	Hatten Sie jemals Panikattacken, bei denen Sie furchtbare Angst bekamen und zahlreiche körperliche Beschwerden empfanden, und die nach einigen Minuten oder Stunden wieder abklangen?	O	O
61.	Traten die geschilderten Beschwerden ausschließlich während solcher Panikattacken (Angstanfällen) auf?	O	O

		ja	nein
62.	Begannen die ersten der genannten Beschwerden bereits vor dem 30. Lebensjahr?	O	O
63.	Wie lange halten diese Beschwerden nun schon an?	O unter 6 Monate O 6 Monate bis 1 Jahr O 1-2 Jahre O über 2 Jahre	
64.	Haben Sie Angst oder sind Sie fest überzeugt, eine schwere Krankheit zu haben, ohne dass bisher von Ärzten eine ausreichende Erklärung gefunden wurde?	O	O
65.	Wenn ja, haben Sie diese Angst bzw. Überzeugung bereits seit mindestens 6 Monaten?	O	O
66.	Haben Sie Schmerzen, die Sie stark beschäftigen?	O	O
67.	Wenn ja, besteht dieses Problem bereits seit mindestens einem halben Jahr?	O	O
68.	Halten Sie bestimmte Körperteile von sich für missgestaltet, obwohl andere Personen diese Meinung nicht teilen?	O	O

SOMS © Rief & Hiller, 1998

Z2. Dieser Fragebogen enthält Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich die **letzten zwei Wochen einschließlich heute** gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (⓪,①,② oder ③) an. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

1. Traurigkeit	⓪ ich bin nicht traurig ① ich bin häufig traurig ② ich bin die ganze Zeit traurig ③ ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage
2. Pessimismus	⓪ ich sehe nicht mutlos in die Zukunft ① ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst ② ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird ③ ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird
3. Versagens-gefühle	⓪ ich fühle mich nicht als Versager ① ich habe häufiger Versagensgefühle ② wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge ③ ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein
4. Verlust an Freude	⓪ ich kann die Dinge genauso gut genießen wie früher ① ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher ② Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen ③ Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen
5. Schuldgefühle	⓪ ich habe keine Schuldgefühle ① ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen ② ich habe fast immer Schuldgefühle ③ ich habe immer Schuldgefühle
6. Bestrafungs-gefühle	⓪ ich habe nicht das Gefühl, bestraft zu sein ① ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden ② ich erwarte, bestraft zu werden ③ ich habe das Gefühl, bestraft zu sein
7. Selbstab-lehnung	⓪ ich halte von mir genauso viel wie immer ① ich habe Vertrauen in mich verloren ② ich bin von mir enttäuscht ③ ich hasse mich
8. Selbstkritik	⓪ ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst ① ich bin kritischer mit mir als sonst ② ich kritisiere mich wegen all meiner Mängel ③ ich gebe mir für alles die Schuld, was schief geht

9. Suizid-gedanken	⓪ ich denke nicht daran, mir etwas anzutun ① ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun ② ich möchte mich am liebsten umbringen ③ ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte
10. Weinen	⓪ ich weine nicht öfter als früher ① ich weine jetzt mehr als früher ② ich weine beim geringsten Anlass ③ ich möchte gern weinen, aber ich kann es nicht mehr
11. Unruhe	⓪ ich bin nicht unruhiger als sonst ① ich bin unruhiger als sonst ② ich bin so unruhig, dass es mir schwer fällt, stillzusitzen ③ ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss
12. Interessen-verlust	⓪ ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Aktivitäten nicht verloren ① ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder an Dingen als sonst ② ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Dingen zum größten Teil verloren ③ es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgend etwas zu interessieren
13. Entschluss-losigkeit	⓪ ich bin so entschlussfreudig wie immer ① es fällt mir schwerer, Entscheidungen zu treffen, als sonst ② es fällt mir sehr viel schwerer, Entscheidungen zu treffen, als sonst ③ ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen
14. Wertlosigkeit	⓪ ich fühle mich nicht wertlos ① ich fühle mich weniger wertvoll und nützlich als sonst ② im Vergleich zu anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert ③ ich fühle mich völlig wertlos
15. Energie-losigkeit	⓪ ich habe so viel Energie wie immer ① ich habe weniger Energie als sonst ② ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffe ③ ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun
16. Schlaf	⓪ mein Schlaf hat sich nicht verändert ① ich schlafe etwas mehr oder schlechter als gewöhnlich ② ich schlafe viel mehr oder viel schlechter als gewöhnlich ③ ich schlafe fast den ganzen Tag oder wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kann nicht mehr einschlafen
17. Reizbarkeit	⓪ ich bin nicht reizbarer als sonst ① ich bin reizbarer als sonst ② ich bin viel reizbarer als sonst ③ ich fühle mich dauernd gereizt
18. Appetit-veränderung	⓪ mein Appetit hat sich nicht verändert ① mein Appetit ist etwas schlechter oder etwas größer als sonst ② mein Appetit ist viel schlechter oder viel größer als sonst ③ ich habe überhaupt keinen Appetit oder ich habe ständig Heißhunger
19. Konzentrations-schwierigkeiten	⓪ ich kann mich so gut konzentrieren wie immer ① ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst ② es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgend etwas zu konzentrieren ③ ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren
20. Ermüdung oder Erschöpfung	⓪ ich fühle mich nicht müder oder erschöpfter als sonst ① ich werde schneller müde oder erschöpft als sonst ② ich bin zu müde oder erschöpft, um viele der Dinge zu tun, die ich üblicherweise tue ③ ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann
21. Verlust an sexuellem Interesse	⓪ mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert ① ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher ② ich interessiere mich sehr viel weniger für Sexualität ③ ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren

BDI-II, deutschsprachige Version, Hautzinger, Keller, Kühner & Bürger, 2005

Z3. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Hauptschmerz. Bitte kreuzen Sie pro Frage nur eine Antwort an und lassen Sie keine Frage aus.

1. **In dem Gebiet, in dem Sie die Schmerzen haben, verspüren Sie dort auch ungewöhnliche Gefühlsstörungen wie Ameisenlaufen, Kribbeln oder ein Gefühl wie Nadelstiche?**
   - O nein – ich verspüre keine Gefühlsstörungen in dem Gebiet
   - O ja – ich habe diese Gefühlsstörungen oft

2. **Verändert sich die Hautfarbe im schmerzhaften Gebiet (sieht sie vielleicht röter aus oder marmoriert oder gefleckt) wenn der Schmerz besonders stark ist?**
   - O nein - die Schmerzen beeinflussen nicht die Hautfarbe
   - O ja – mir ist aufgefallen, dass die Schmerzen dazu führen, dass die Hautfarbe anders aussieht als normal

3. **Reagiert die Haut im betroffenen Gebiet durch die Schmerzen ungewöhnlich empfindlich auf Berührung? Es kann zum Beispiel sein, dass leichte Berührung der Haut zu unangenehmen Gefühlen oder Schmerzen führt.**
   - O nein – Die Schmerzen machen meine Haut im betroffenen Gebiet nicht ungewöhnlich empfindlich auf Berührung
   - O ja – Meine Haut im betroffenen Gebiet ist besonders empfindlich auf Berührung

4. **Kommen Ihre Schmerzen plötzlich und ohne erkennbaren Grund wenn Sie sich nicht bewegen? Beschreibungen für diese Art von Schmerz könnten z.B. sein: „anfallsartig", „wie ein Stromschlag" oder „vor Schmerz aufspringend".**
   - O nein – mein schmerz fühlt sich eigentlich nicht so an
   - O ja – diese Art von Empfindung habe ich oft

5. **Fühlt sich in dem Gebiet, in dem Sie Schmerzen haben, die Haut ungewöhnlich heiß an, wie ein brennender Schmerz?**
   - O nein – ich habe keinen brennenden Schmerz
   - O ja – ich habe oft brennenden Schmerz

6. **Reiben Sie vorsichtig eine Stelle im betroffenen, schmerzhaften Gebiet (das Sie oben angegeben haben) mit Ihrem Zeigefinger und reiben Sie dann ebenso eine Stelle in einem nicht-betroffenen Gebiet (z.B. eine Stelle weiter weg oder auf der gegenüberliegenden Seite). Wie fühlt sich dieses Reiben im betroffenen Gebiet an?**
   - O Die Stelle im schmerzhaften Gebiet fühlt sich nicht anders an als die im nicht-schmerzhaften Gebiet
   - O Die Stelle im schmerzhaften Gebiet fühlt sich unangenehm an, wie Nadelstiche, Kribbeln oder Brennen, das Gefühl unterscheidet sich von der Stelle im nicht-schmerzhaften Gebiet.

7. **Drücken Sie vorsichtig mit Ihrer Fingerspitze auf eine Stelle im betroffenen Gebiet und drücken Sie dann auf die gleiche Art auf die nicht-betroffene Stelle. Wie fühlt sich dieses Drücken im betroffenen Gebiet an?**
   - O Die Stelle im schmerzhaften Gebiet fühlt sich nicht anders an als die im nicht-schmerzhaften Gebiet
   - O Ich spüre eine Taubheit oder Empfindlichkeit im schmerzhaften Gebiet, die anders ist als im nicht-schmerzhaften Gebiet

S-LANSS, Bennett, Smith, Torrance, Potter, 2005; deutschsprachige Version: Rüger & Lang, 2009

Z4. Im Folgenden sollen Sie sich bestimmte Situationen vorstellen. Sie sollen dann entscheiden, ob diese Situation für Sie schmerzhaft wäre, und wenn ja, wie schmerzhaft sie wäre. **Dabei bedeutet 0 kein Schmerz, 1 ein gerade eben wahrnehmbarer Schmerz und 10 der stärkste Schmerz, den Sie sich vorstellen können bzw. für möglich halten.** Bitte machen Sie ein Kreuz bei der für Sie am ehesten zutreffenden Ziffer.
Bitte versuchen Sie möglichst, die Angst oder Abneigung, die Sie vor der vorgestellten Situation haben, nicht in die Bewertung der Schmerzhaftigkeit einfließen zu lassen. Um sich diesen Unterschied klarzumachen, können Sie sich z.B. vorstellen, Sie sollen vor einer Impfung bewerten, wie viel Angst sie davor haben, und nach der Impfung, wie schmerzhaft sie war. Menschen, die große Angst vor Impfungen haben, würden die Angst wahrscheinlich hoch bewerten, aber die Schmerzhaftigkeit vielleicht trotzdem niedrig. In diesem Bogen sollen Sie immer nur die Schmerzhaftigkeit und nicht die Angst oder Abneigung bewerten.

	Als wie schmerzhaft empfinden Sie das?										
Stellen Sie sich vor ...	**0 = gar nicht schmerzhaft**										**10 = Stärkster vorstellbarer Schmerz**
1. Sie stoßen sich das Schienbein heftig an einer harten Kante, z.B. an der Kante eines Couchtischs aus Glas.	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
2. Sie verbrennen sich die Zunge an einem sehr heißen Getränk.	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
3. Sie haben nach körperlicher Betätigung einen leichten Muskelkater.	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
4. Sie klemmen sich einen Finger in einer Schublade.	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
5. Sie duschen mit lauwarmem Wasser.	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
6. Sie haben einen leichten Sonnenbrand auf den Schultern.	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
7. Sie haben sich bei einem Sturz vom Fahrrad ein Knie aufgeschürft.	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
8. Sie beißen sich beim Essen aus Versehen heftig auf die Zunge oder die Wange.	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
9. Sie laufen mit bloßen Füßen über einen kühlen Fliesenboden.	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
10. Sie haben eine kleine Verletzung am Finger und bringen aus Versehen Zitronensaft in die Wunde.	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
11. Sie stechen sich die Fingerspitze am Dorn einer Rose.	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
12. Sie stecken die bloßen Hände für einige Minuten in den Schnee oder bringen sie länger mit Schnee in Kontakt, zum Beispiel beim Formen von Schneebällen.	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
13. Sie schütteln jemandem die Hand, der einen normalen Händedruck hat.	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
14. Sie schütteln jemandem die Hand, der einen sehr kräftigen Händedruck hat.	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
15. Sie fassen aus Versehen einen heißen Topf an den genauso heißen Henkeln an, um ihn hochzuheben.	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
16. Sie tragen Sandalen und jemand tritt Ihnen mit einem schweren Schuh auf den Fuß.	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
17. Sie stoßen sich den Ellenbogen an einer Tischkante („Musikantenknochen").	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

PSQ, Ruscheweyh, Marziniak, Stumpenhorst, Reinholz & Knecht, 2009

Z5. Sie finden nun eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie während der vergangenen sieben Tage bis heute durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
⓪	①	②	③	④

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...

1.	Nervosität oder innerem Zittern	⓪	①	②	③	④
2.	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	⓪	①	②	③	④
3.	Zittern	⓪	①	②	③	④
4.	Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	⓪	①	②	③	④
5.	Plötzlichem Erschrecken ohne Grund	⓪	①	②	③	④
6.	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	⓪	①	②	③	④
7.	Furchtsamkeit	⓪	①	②	③	④
8.	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	⓪	①	②	③	④
9.	Herzklopfen oder Herzjagen	⓪	①	②	③	④
10.	Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	⓪	①	②	③	④
11.	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	⓪	①	②	③	④
12.	Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	⓪	①	②	③	④
13.	Schreck- oder Panikanfällen	⓪	①	②	③	④
14.	der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	⓪	①	②	③	④
15.	so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	⓪	①	②	③	④
16.	dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	⓪	①	②	③	④
17.	schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	⓪	①	②	③	④

Auszug aus SCL-90-R, Franke, 2013

Z6. Fragen zu Ihrem Befinden. Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **wahrend der letzten Woche** auf Sie zutraf.

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 fühle 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 Herzstolpern).	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

DASS © Nilges, Korb, Essau, 2012

Z7. Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie häufig Sie sich während des letzten Monats durch Stress belastet fühlten. Bitte kreuzen Sie pro Aussage eine Antwort an.

	nie	selten	manch-mal	häufig	sehr oft
1. Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber aufgeregt, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?	①	②	③	④	⑤
2. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	①	②	③	④	⑤
3. Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat nervös und „gestresst" gefühlt?	①	②	③	④	⑤
4. Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	①	②	③	④	⑤
5. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	①	②	③	④	⑤
6. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit all den anstehenden Aufgaben und Problemen nicht richtig umgehen zu können?	①	②	③	④	⑤
7. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit Ärger in Ihrem Leben klar zu kommen?	①	②	③	④	⑤
8. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?	①	②	③	④	⑤
9. Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber geärgert, wichtige Dinge nicht beeinflussen zu können?	①	②	③	④	⑤
10. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgetaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?	①	②	③	④	⑤

PSS-10, Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983; deutschsprachige Version: Büssing, 2011