

## SCHMERZ-FRAGEBOGEN FUER PATIENTEN MIT GEFAESSANOMALIEN

### ALLGEMEINE ANGABEN

Datum:

Name:

Vorname:

Geschlecht:

Geburtsdatum: , Alter:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail Kontakt:

Zuweiser:

Akute aktuelle Beschwerden:

Diagnose:

Bekannt seit (Jahreszahl und Dauer in Jahren):

Sonstige Vorerkrankungen:

### **HAUPTBESCHWERDEN**

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch? Welches sind Ihre Hauptbeschwerden?

---

---

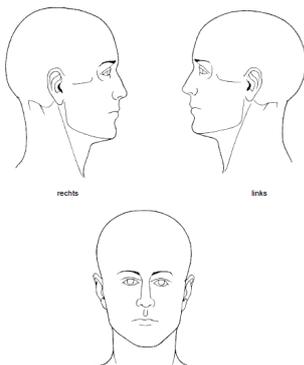
---

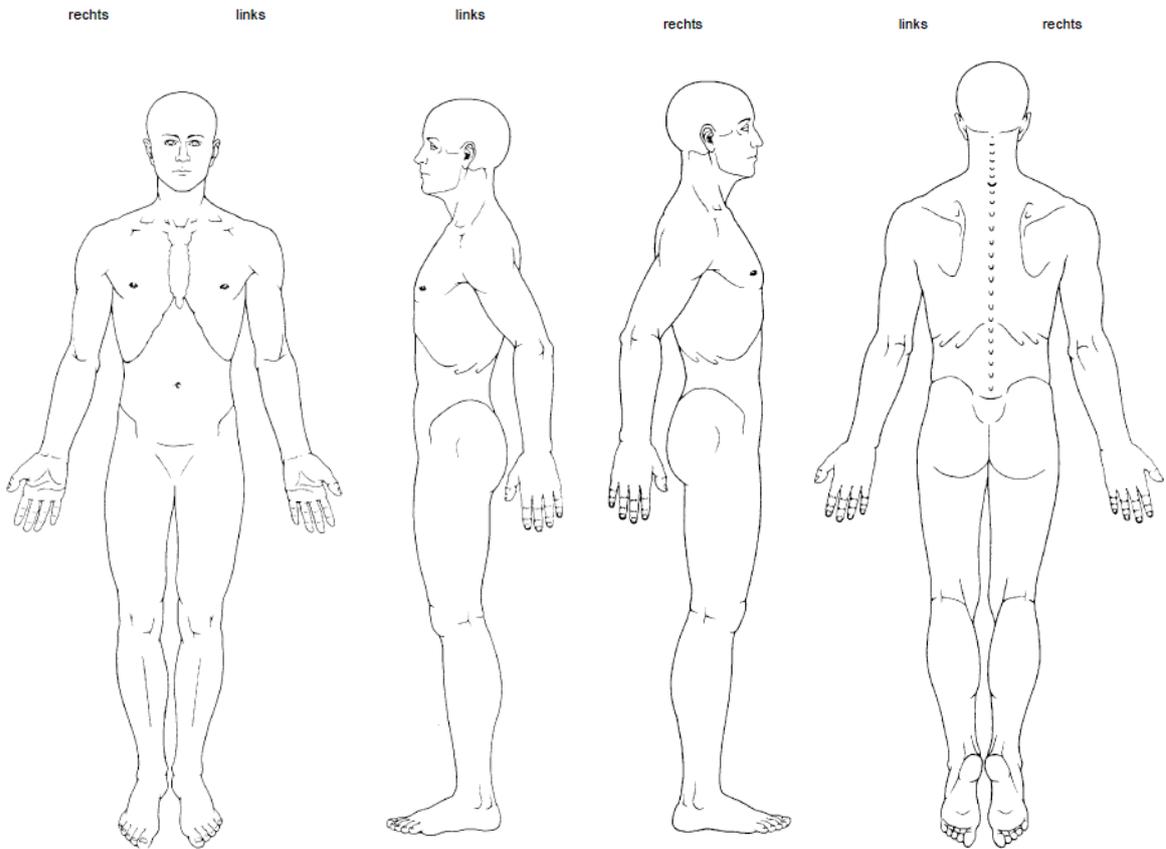
Welche Erwartungen verbinden Sie mit Ihrem Besuch?

---

---

Schmerzlokalisierung: bitte kennzeichnen Sie das **ganze** Schmerzgebiet, damit wir wissen, wo überall im/am Körper Sie Beschwerden haben (Schraffierung mit Stift od. Textmarker)





### SCHMERZCHARAKTERISIERUNG

Seit wann bestehen die Schmerzen?

---

Begannen die Schmerzen plötzlich akut oder langsam schleichend?

---



---

Wie empfinden Sie die Schmerzen (mehrere Angaben möglich)?

- Stechend
- Pulsierend
- Ausstrahlend
- Klopfend
- Krampfartig
- Ziehend
- Drückend
- Dumpf
- Sonstige Angaben: \_\_\_\_\_

Begleiterscheinungen?

- Schwellung
- Rötung
- Hautulzerationen
- Blutungen
- Sonstige Angaben: \_\_\_\_\_

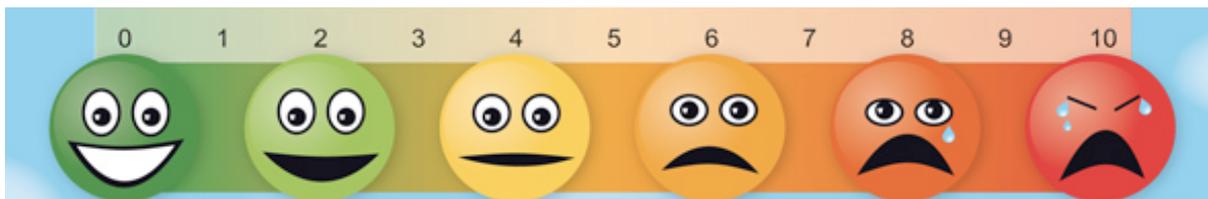
Geben Sie die maximale Schmerzstärke der letzten Wochen/Monate an

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]  
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

Geben Sie die derzeitige maximale Schmerzstärke

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]  
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

**Bei Kindern**



Welche Faktoren verschlimmern den Schmerz?

---

---

---

Welche Faktoren lindern den Schmerz?

---

---

---

Im Falle einer Medikamenteneinnahme um den Schmerz zu verbessern/lindern, welche Präparate nehmen Sie ein?

---

---

---

---

Wann und welche bisherige Behandlungen der Gefäßanomalie (medikamentös, konservativ, chirurgisch) sind erfolgt?

---

---

---

---

---