



# SCHMERZ- FRAGEBOGEN

der  
INITIATIVE - SCHMERZ e.V.

Von  
**PATIENT\*INNEN, ÄRZT\*INNEN und  
THERAPEUT\*INNEN** zur Erleichterung der  
**Kommunikation in der Schmerztherapie entwickelt.**

Stempelfeld Einrichtung bzw. Ärzt\*in

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a stamp from the institution or doctor.

Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens?  
Auf [www.schmerzlinks.at](http://www.schmerzlinks.at) (hier direkt mittels qr - code  
erreichbar) finden Sie Beispiele und Inspirationen, wie der  
Fragebogen ausgefüllt werden könnte.



Falls Sie eine genaue Anleitung oder Inspirationen zum Ausfüllen des Fragebogens benötigen, finden Sie auf [www.schmerzlinks.at](http://www.schmerzlinks.at) (hier direkt mittels qr - code erreichbar) einige Beispiele von Schmerzpatient\*innen, wie der Fragebogen ausgefüllt werden könnte.



				<b>Datum</b>	
<b>Nachname</b>		<b>Vorname</b>		<b>Titel</b>	
<b>Vers.Nr.</b>	<b>Geburtsdatum (TT/MM/Jahr)</b>		<b>Alter</b>	<b>Körpergröße</b>	<b>Gewicht</b>
<b>Adresse (Straße, Hausnummer, Türnummer)</b>					
		<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>		
<b>Telefon</b>			<b>e-mail</b>		

**Was ist Ihre ERWARTUNG an den heutigen Termin?**

.....

.....

**Haben Sie FRAGEN an die Ärzt\*in? Was ist Ihnen wichtig, Ihrer Ärzt\*in mitzuteilen?  
Falls dies ein Folgetermin ist: sind Fragen von Ihrem letzten Termin offen geblieben?**

.....

.....





1. Kreuzen Sie bitte auf den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (falls Sie Medikamente einnehmen, kreuzen Sie bitte die Schmerzstärke an, die Sie unter Ihrer Dauermedikation empfinden)..

0 = keine Schmerzen, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

a. Wie stark sind Ihre Schmerzen IN DIESEM AUGENBLICK?



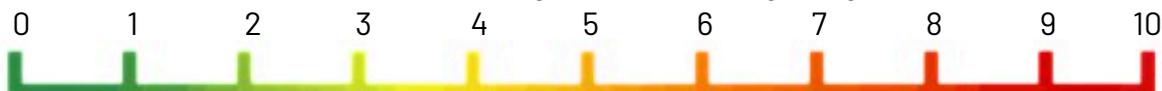
b. Wie stark waren Ihre Schmerzen durchschnittlich in den LETZTEN 4 WOCHEN?



c. Wie stark waren Ihre stärksten Schmerzen in den LETZTEN 4 WOCHEN?



d. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?



e. Können Sie sich an Ihren letzten schmerzfreien Tag / Moment erinnern? Wenn ja, wann war das?

Grey rectangular input field for the date of the last pain-free day.

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

Grey rectangular input field followed by the text 'Tagen'.

3. In welchem Maße haben Ihre Schmerzen in den letzten 3 MONATEN folgende Tätigkeiten beeinträchtigt?

0 = keine Beeinträchtigung, 10 = volle Beeinträchtigung.

a. Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen,... )



b. Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis?



c. Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit, Kinderbetreuung, Pflegearbeit,...)?



4. Meine Schmerzen fühlen sich an, wie / als ob.....

Large grey rectangular area with three horizontal dotted lines for handwritten notes.

Platz für zusätzliche Anmerkungen

Grey rectangular area for additional notes.

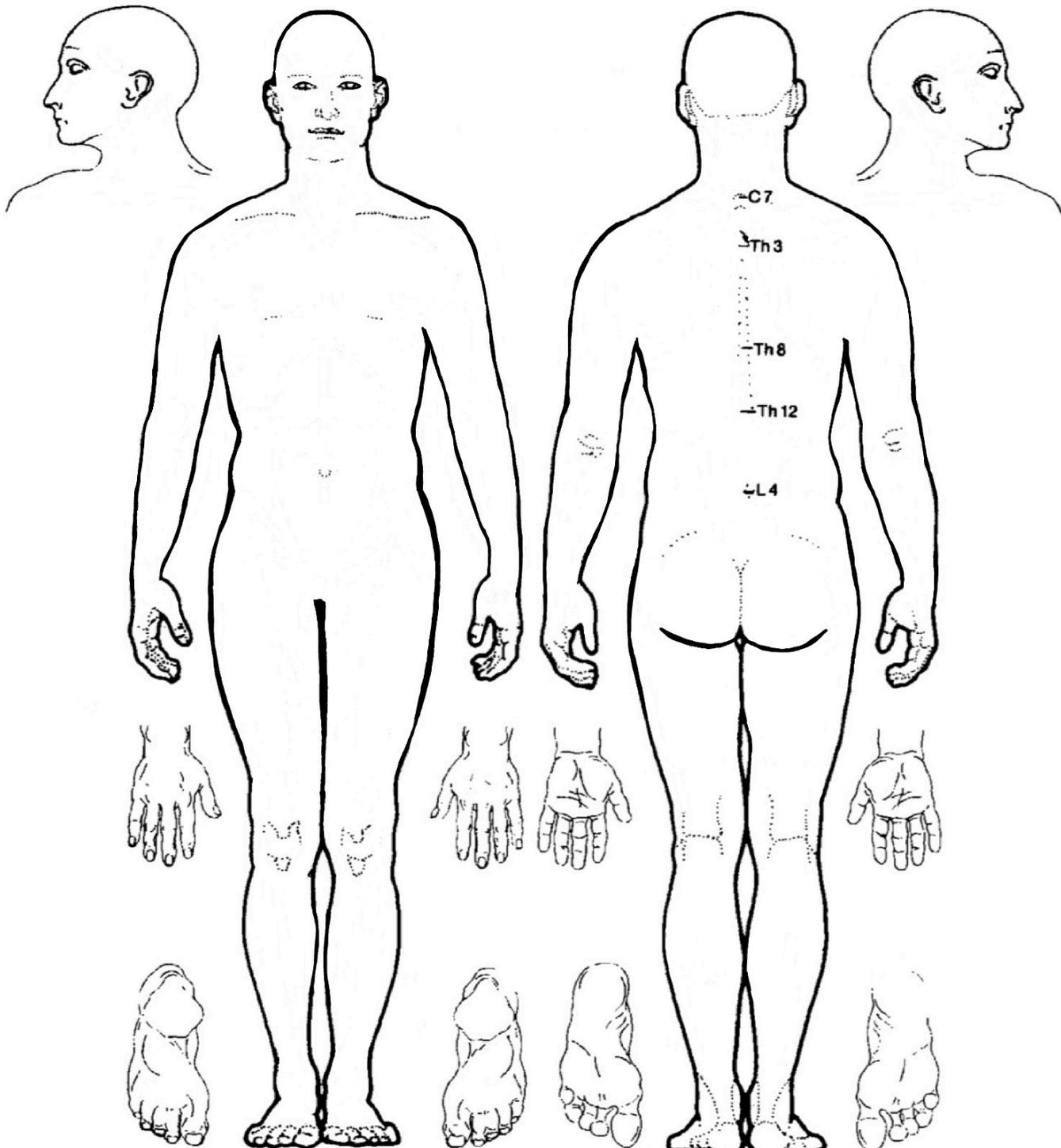
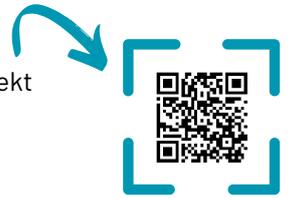


**MACHEN SIE IHRE SCHMERZEN FÜR IHRE THERAPEUT\*INNEN SICHTBAR:****5. Bitte zeichnen Sie in der folgenden Darstellung ein, an WELCHEN KÖRPERSTELLEN Sie Schmerzen haben.**

- Zeichnen Sie **ALLE** Ihre Schmerzen ein und markieren Sie die **UNTERSCHIEDLICHEN** Schmerzen mit **BUCHSTABEN**.
- Geben Sie bitte auch die **SCHMERZSTÄRKE** der unterschiedlichen Schmerzen an (**0 = keine Schmerzen, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz**)
- Zeichnen Sie bitte in der Darstellung **zusätzlich auch Ihre OPERATIONEN** ein.

Sie können beim Einzeichnen Ihrer Schmerzen und Ihrer Operationen mit unterschiedlichen Farben, Formen und Symbolen arbeiten.

Falls Sie eine genauere Anleitung oder Inspiration benötigen, finden Sie auf [www.schmerzlinks.at](http://www.schmerzlinks.at) (direkt mittels QR - CODE erreichbar) einige Beispiele von Patient\*innen, die zur Beschreibung Ihrer Schmerzen hilfreich sein könnten.



**6. Bitte beschreiben Sie in den folgenden 2 Tabellen Ihre EINGEZEICHNETEN SCHMERZEN:**
**a. kreuzen Sie in dieser Tabelle folgende Beschreibungen an, die auf Ihre Schmerzen zutreffen und tragen Sie den Buchstaben des eingezeichneten Körperteils ein**

BESCHREIBUNG DES SCHMERZES	WENN JA, WO? >>>	SCHMERZLOKALISATION Buchstabe oder Körperteil
<b>brennend</b> (z.B. wie Brennesseln oder heißes Öl)	<input type="radio"/> ja >>>	
<b>kribbeln od. prickelnd</b> (z.B. wie Ameisenlaufen)	<input type="radio"/> ja >>>	
<b>ist leichte Berührung schmerzhaft?</b> (z.B. wie Kleidung, Bettdecke)	<input type="radio"/> ja >>>	
<b>Kälte</b>	<input type="radio"/> ja >>>	
<b>Taubheit</b>	<input type="radio"/> ja >>>	
<b>blitzartige, elektrisierende Schmerzattacken</b>	<input type="radio"/> ja >>>	

**b. Bitte beschreiben Sie hier, WIE sich Ihre SCHMERZEN an der jeweiligen Körperstelle ANFÜHLT. In der Box auf der rechten Seite finden Sie eine Liste mit Adjektiven, die Ihnen bei der Beschreibung Ihrer Schmerzen hilfreich sein könnten.**

 Falls Sie eine genauere Anleitung oder Inspiration benötigen, finden Sie auf [www.schmerzlinks.at](http://www.schmerzlinks.at) (direkt mittels QR - CODE erreichbar) einige Beispiele von Patient\*innen, die zur Beschreibung Ihrer Schmerzen hilfreich sein könnten.


SCHMERZLOKALISATION (BUCHSTABE)	BESCHREIBUNG DES SCHMERZES
BEISPIEL SCHMERZ "A"	ZIEHEND
A.	
B.	
C.	
D.	
E.	
F.	
G.	
H.	

**Liste von möglicherweise hilfreichen ADJEKTIVE zur BESCHREIBUNG Ihrer Schmerzen**

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| • pulsierend     | • kribbelnd         |
| • klopfend       | • juckend           |
| • pochend        | • krampfartig       |
| • durchtrennend  | • ermüdend          |
| • scharf         | • erschöpfend       |
| • schneidend     | • quälend           |
| • zerreiBend     | • marternd          |
| • einschießend   | • zermürend         |
| • elektrisierend | • schweißtreibend   |
| • beengend       | • Übelkeit erregend |
| • beklemmend     | • kolikartig        |
| • dumpf          | • wehenartig        |
| • drückend       | • wellenförmig      |
| • stechend       | • beunruhigend      |
| • bohrend        | • erschreckend      |
| • ziehend        | • furchterregend    |
| • zerreiBend     | • grausam           |



**7. Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?****8. Auf welche URSACHEN führen Sie Ihre Schmerzen zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)** für mich ist keine Ursache erkennbar auf eine bestimmte Krankheit

wenn ja, welche?

 auf eine Operation

wenn ja, welche?

Datum der Operation:

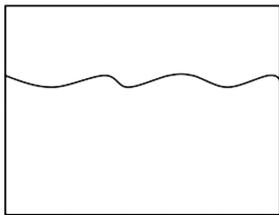
 auf einen Unfall

wenn ja, welchen?

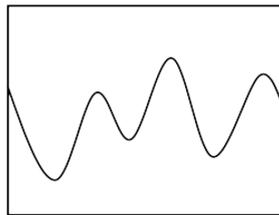
Datum des Unfalls:

 auf körperliche Belastung auf seelische Belastung auf eine andere Ursache

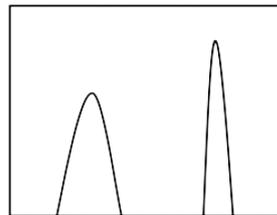
wenn ja, welche?

**9. Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen in den LETZTEN 4 WOCHEN am besten zu?****(Bitte nur eine Angabe machen!)**

Zeit →

Dauerschmerzen  
mit leichten  
Schwankungen

Zeit →

Dauerschmerzen  
mit starken  
Schwankungen

Zeit →

Schmerzattacken,  
dazwischen  
schmerzfrei

Zeit →

Schmerzattacken,  
auch dazwischen  
Schmerzen**Falls Sie unter SCHMERZATTACKEN leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie zusätzlich bitte noch folgende 2 Fragen:****a. wie oft treten diese Attacken durchschnittlich auf?****b. wie lange dauern diese Attacken durchschnittlich?****10. Wann sind Ihre Schmerzen besonders stark? (Mehrfachnennung möglich)** morgens nachmittags nachts nach dem Schlafen mittags abends nach Belastung sonstiges

**11. Wie reagieren Sie für gewöhnlich, wenn Sie starke Schmerzen haben? (Mehrfachnennung möglich)**

- körperlich schonen       Auf- und Abgehen       Hinlegen       versuchen sich abzulenken  
 Medikamente nehmen       Bewegung       Lagewechsel       aushalten, ertragen  
 sonstiges

**12. Wie können Sie Ihre Schmerzen positiv beeinflussen?**

.....

- Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen

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

.....

- Ich weiß es nicht

**14. Welche Umstände erschweren Ihnen den Umgang mit den Schmerzen oder Ihren Beeinträchtigungen?**

im häuslichen Umfeld

im beruflichen Umfeld

**15. Leiden Sie unter BEGLEITSYMPTOME in Bezug auf Ihre Schmerzerkrankung? (Mehrfachnennung möglich)**

- Schlafstörungen       Magenbeschwerden       Appetitlosigkeit  
 Kraftverlust       Schwindel       Lustlosigkeit  
 Konzentrationsstörungen       Übelkeit       Hautveränderungen  
 sonstiges

**16. Sind diese Symptome abhängig von.....? (Mehrfachnennung möglich)**

- ... Belastung       ... Schmerzen       ... Medikamenten  
 inwiefern?

**17. An FRAUEN:****a. Haben Sie einen Kinderwunsch?**

- ja       nein

**b. Verhüten Sie?**

- ja       nein

wenn ja, wie?

**c. Leiden Sie unter Regelschmerzen?**

- ja       nein

**d. Anzahl der Schwangerschaften / Geburten**

**18. Von wem wurden Sie bisher aufgrund Ihrer Schmerzen untersucht oder behandelt?**

	NAME	IN BEHANDLUNG VON - BIS
<input type="radio"/> keine Behandlung		
<input type="radio"/> Allgemeinärzt*in		
<input type="radio"/> Orthopäd*in		
<input type="radio"/> Physiotherapeut*in		
<input type="radio"/> Neurochirurg*in		
<input type="radio"/> Neurolog*in		
<input type="radio"/> Internist*in		
<input type="radio"/> Psychiater*in		
<input type="radio"/> Psychotherapeut*in		
<input type="radio"/> Ärzt*in mit ÖAK -Diplom Schmerztherapie		
<input type="radio"/> Heilpraktiker*in / Energetiker*in		
<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>		

**19. Bitte notieren Sie hier Ihre schmerzbezogenen stationären KRANKENHAUSAUFENTHALTE:**

NAME DES KRANKENHAUSES	IN BEHANDLUNG (VON - BIS)







**22. SCHLAF: falls Sie Schlafstörungen haben, leiden Sie unter....**

- ich schlafe sehr gut
- ... vorzeitiges Erwachen
- ... Durchschlafstörung
- ... Einschlafstörung (über 1 Stunde)
- ... Schlafapnoe

**a. Wieviele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?**

Stunden

**b. Wieviele Stunden Schlaf denken Sie zu benötigen?**

Stunden

**c. Um wieviel Uhr gehen Sie für gewöhnlich schlafen?**

Uhr

**d. Wie lange benötigen Sie um einzuschlafen?**

**e. Wachen Sie morgens müde auf?**

- ja
- nein

**f. Haben Sie Alpträume?**

- ja
- nein

**g. Schlafen Sie tagsüber?**

- ja
- nein

wenn ja, wie lange?

**h. Denken Sie, dass Sie nachts mit den Zähnen knirschen / pressen?**

- ja
- nein

**23. SEELISCHE LEIDEN, SYMPTOME: Leiden Sie unter...**

- Burnout
- Ängsten
- Panikattacken
- Depressionen
- Gedankenkreisen
- Flashbacks (wiederkehrende Bilder von belastenden Situationen)
- PTBS
- Zwängen
- Essstörung
- andere

**24. Falls Sie KOPFSCHMERZEN haben, leiden Sie zusätzlich unter...?**

- ...Übelkeit oder Erbrechen
- ...Licht- und Lärmempfindlichkeit
- ...verstärkt sich Ihr Kopfschmerz, wenn Sie Sport betreiben oder sich bücken

**25. Leiden Sie unter VERDAUUNGSBESCHWERDEN?**

- ja
- nein
- Reizdarm
- Verstopfung
- andere



**26. Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt? Kreuzen Sie bitte die Behandlungsmaßnahmen an, die Sie bereits erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob die entsprechende Maßnahme Ihre Schmerzen gelindert hat.**

**KREUZEN SIE BITTE JENE BEHANDLUNGEN AN, DIE SIE BISHER ERHALTEN HABEN:**

**WAR DIE BEHANDLUNG WIRKSAM?**

		ja	etwas	nein
<input type="radio"/> Medikamente	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Infusionen	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> diverse Infiltrationen	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Physiotherapie	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Tens (Elektrische Nervenstimulation)	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Schmerzedukation, Aufklärung über Schmerz	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Massagen, Bäder, Kälte- oder Wärmetherapie	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Psychotherapie	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Neuraltherapie	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Akupunktur	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Chiropraktik, Osteopathie	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Entspannungsverfahren, Hypnose	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Selbsthilfegruppe	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> bisher keine Schmerzbehandlung				



**27. DAUERMEDIKATION:** Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie zurzeit regelmäßig einnehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel, Verhütungsmittel, Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel,...)

NAME DES MEDIKAMENTS	DOSIERUNG	FRÜH	MITTAGS	ABENDS	NACHTS
<b>BEISPIEL</b> Pregabalin	50 mg	1	0	0	1
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

**28. BEDARFSMEDIKATION:** Bitte tragen Sie in die folgende Tabelle ein, welche Medikamente Sie als Bedarfsmedikation einnehmen und ungefähr wie oft pro Woche:

NAME DES MEDIKAMENTS	DOSIERUNG	STÜCK PRO WOCHE
<b>BEISPIEL</b> Seractil	400 mg	ca. 8 Stück / Woche

Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens?

Auf [www.schmerzlinks.at](http://www.schmerzlinks.at) (hier direkt mittels qr - code erreichbar) finden Sie Beispiele und Inspirationen, wie der Fragebogen ausgefüllt werden könnte.





**29. FRÜHERE MEDIKAMENTE:** Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben. Bitte bewerten Sie auch deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen.

FRÜHERE MEDIKAMENTE	WIRKUNG: GUT	WIRKUNG: ETWAS	WIRKUNG: NICHT GUT	NEBENWIRKUNGEN? WENN JA, WELCHE?

**30. Haben Sie eine ALLERGIE oder eine UNVERTRÄGLICHKEIT gegen Medikamente oder Nahrungsmittel?**

ja       nein

wenn ja, gegen welche?

**31. Sind Sie RAUCHER\*IN?**

ja       nein       gelegentlich

**32. Was sollte Ihre Ärzt\*in noch über Sie wissen, um Sie bestmöglich behandeln zu können?**

.....  
.....

**33. OPTIONAL:** Bitten Sie eine nahestehende Person diese Frage zu beantworten:

**Wie nehmen Sie die Schmerzen, die Schmerzerkrankung und die Beeinträchtigung des Alltags aufgrund der Schmerzen unserer Patient\*in wahr?**

.....  
.....



**34. Sind Sie zurzeit berufstätig?**

ja  nein

**a. welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus / haben Sie zuletzt ausgeübt?****b. wenn ja, wie viele Tage waren Sie in den letzten 3 Monaten krankgeschrieben?**

Tage

**35. Sind Sie zurzeit...**

im Krankenstand  in Pension  Student\*in  
 beziehen RehaGeld  arbeitssuchend  Schüler\*in

**36. Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einer berufsbedingten Erkrankung stehen, sind alle diesbezüglichen rechtlichen und versicherungsrechtlichen Fragen abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)?**

ja  nein

**37. Haben oder beabsichtigen Sie einen Antrag auf Pension zu stellen?**

ja  nein

**38. Beabsichtigen Sie einen Antrag auf Rehabilitationsgeld zu stellen?**

ja  nein

**39. Beabsichtigen Sie einen Antrag auf Pflegegeld zu stellen?**

ja  nein

**40. Haben Sie einen anerkannten Grad der Behinderung?**

ja  nein

wenn ja, wie hoch ist der GdB?

