Erstdokumentation Körperschmerz

Name:

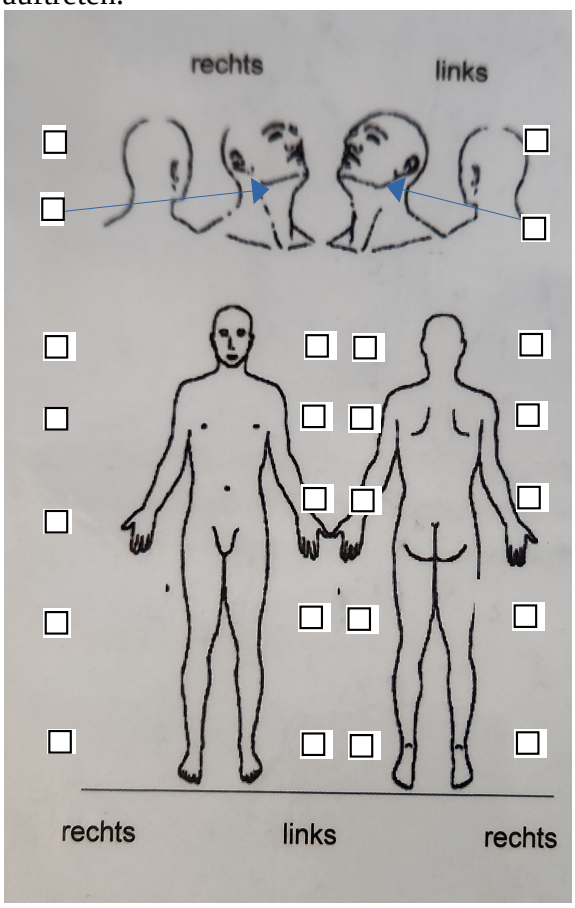
Vorname:

geboren:

Erstellung:

1. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung?

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



Oder kurz in Worten betreffende Stellen aufschreiben

3. Bitte beschreiben Sie Ihren Schmerz mit Ihren eigenen Worten.
(z.B. ziehender oder brennender oder pochender Schmerz; in der Schulter beginnend; in den Unterarm ausstrahlend; verstärkt bei Bewegung)

4. Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?

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

Können Sie ein genaues Datum des Schmerzbeginns angeben?

○ nein ○ ja Wenn ja, seit wann

5. Haben Sie ein einziges Schmerzbild oder können Sie mehrere verschiedene Schmerzbilder voneinander unterscheiden?
(z.B. Kreuz- und Knieschmerzen, verschiedene Kopf- und Gesichtsschmerzen)

○ ein einziges Schmerzbilder

○ zwei Schmerzbilder

○ mehr als 2 Schmerzbilder

6. Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen am besten zu?

6.1. bezogen auf Dauerschmerzen:

○ die Schmerzen sind ungefähr immer gleich

○ die Schmerzen sind mal stark, mal gering

○ es gibt Zeiten ohne Schmerzen

○ immer etwas Schmerz, manchmal Schmerzspitzen

6.2. Wenn Sie unter Schmerzattacken leiden, wie lange dauert dann durchschnittlich eine Schmerzattacke?

- ○ Sekunden/Minuten
- ○ Stunden
- ○ bis zu 3 Tage
- ○ länger als 3 Tage
- ○ Ich habe keine Schmerzattacken → dann **weiter Frage 7**

6.3. Wenn Sie unter Schmerzattacken leiden, wie oft treten Ihre Schmerzattacken zur Zeit auf?

- ○ einmal täglich
- ○ mehrfach täglich
- ○ einmal wöchentlich
- ○ mehrfach wöchentlich
- ○ einmal monatlich
- ○ mehrfach monatlich
- ○ seltener, wie oft pro Jahr

7. Seit wann bestehen Ihre Hauptschmerzen in ihrer heutigen Stärke und Ausprägung?

- ○ von Beginn an
- ○ seit Wochen
- ○ seit Monaten
- ○ seit Jahren

8. Geben Sie bitte im folgenden die Stärke Ihrer jeweiligen Schmerzen an.

Markieren Sie bitte, wie stark Sie Ihre Schmerzen (auch unter Ihrer üblichen Medikation) empfinden.

0: gar keine Schmerzen; 10: Schmerzen, wie sie stärker nicht vorstellbar sind.
Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an (Schmerzskala 0-10).

8.1. Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

Kein Schmerz										Stärkster Schmerz
0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐

8.2. Geben Sie bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

Kein Schmerz										Stärkster Schmerz
0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐

8.3. Geben Sie bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

Kein Schmerz										Stärkster Schmerz
0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐

8.4. Kreuzen Sie bitte an, welche **Schmerzstärke** für Sie nach Behandlung erträglich wäre:

Kein Schmerz										Stärkster Schmerz
0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐

9.1. Sind Ihre Schmerzen zu **bestimmten Zeiten besonders stark**?

○ ja ○ nein

Wenn ja, wann?
Mehrfachnennungen sind möglich. Bitte ankreuzen.

Tageszeit
- ☐ jede Uhrzeit möglich
- ☐ morgens
- ☐ mittags
- ☐ nachmittags
- ☐ abends
- ☐ nachts

Wochentag
- ☐ jeder Tag möglich
- ☐ Montag
- ☐ Dienstag
- ☐ Mittwoch
- ☐ Donnerstag
- ☐ Freitag
- ☐ Sonnabend
- ☐ Sonntag

Jahreszeit
- ☐ jede Jahreszeit möglich
- ☐ Frühjahr
- ☐ Sommer
- ☐ Herbst
- ☐ Winter

9.2. Haben sich Ihre Schmerzen in den letzten **3 Monaten verändert**?

bezüglich Häufigkeit:	bezüglich Intensität(Stärke):	bezüglich Charakter(Brennen, Stechen):
○ gleich geblieben	○ gleich geblieben	○ gleich geblieben
○ häufiger geworden	○ schwächer geworden	○ anders geworden
○ seltener geworden	○ stärker geworden	

10. Mit der folgenden Liste von Eigenschaften können Sie genau beschreiben, wie Sie Ihre Schmerzen empfinden. Denken Sie dabei an Ihre **typischen Schmerzen** in der letzten Zeit.
Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie für jedes Wort **ein Kreuz**.

Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:
0 = trifft nicht zu 1 = trifft wenig zu 2 = trifft weitgehend zu 3 = trifft genau zu

Ich empfinde meine Schmerzen als…

	0	1	2	3		0	1	2	3
...elend	○	○	○	○	...klopfend	○	○	○	○
...schauderhaft	○	○	○	○	...pochend	○	○	○	○
...scheußlich	○	○	○	○	...brennend	○	○	○	○
...furchtbar	○	○	○	○	...heiß	○	○	○	○
...dumpf	○	○	○	○	...stechend	○	○	○	○
...drückend	○	○	○	○	...ziehend	○	○	○	○

11. 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.

11.1. An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten (z.B. Beruf, Schule, Haushalt) nachgehen?
Bitte Anzahl der Tage eintragen.

An etwa _____ Tagen.

Nachfolgend kreuzen Sie bitte an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen (auch unter Ihrer üblichen Medikation) in den letzten 3 Monaten beeinträchtigt waren.

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

0: gar keine Beeinträchtigung; 10: absolute Beeinträchtigung, ich konnte gar nichts tun.
Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an. (Skala 0-10)

keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung
0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐

11.3. **In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre <u>Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen</u> im Familien- oder Freundeskreis beeinträchtigt?**
Bitte ankreuzen.

0: gar keine Beeinträchtigung; 10: absolute Beeinträchtigung, ich konnte gar nichts tun.
Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an. (Skala 0-10)

keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung
0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐

11.4. **In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre <u>Arbeitsfähigkeit</u>** (einschließlich Hausarbeit) **beeinträchtigt**?
Bitte ankreuzen.

0: gar keine Beeinträchtigung; 10: absolute Beeinträchtigung, ich konnte gar nichts tun.
Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an. (Skala 0-10)

keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung
0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐

12. **Spüren / Empfinden Sie im Bereich Ihrer Schmerzen mitunter…**

	Nie (0)	**Kaum** (1)	**Gering** (2)	**Mittel** (3)	**Stark** (4)	**Sehr stark** (5)
… eine leichte Berührung (z.B. durch eine Bettdecke) als schmerzhaft?	○	○	○	○	○	○
… ein Brenngefühl (z.B. wie Kontakt mit Brennnesseln)?	○	○	○	○	○	○
… ein Kribbel-/ Prickelgefühl (z.B. Ameisenlaufen)?	○	○	○	○	○	○
… blitzartige / elektrisierende Schmerzattacken?	○	○	○	○	○	○
… Kälte / Wärme (z.B. Badewasser) als schmerzhaft?	○	○	○	○	○	○
… ein Taubheitsgefühl?	○	○	○	○	○	○
… bei leichtem Druck (z.B. mit einem Finger) sehr starke Schmerzen?	○	○	○	○	○	○

13. Auf welche **Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück?
Mehrfachnennungen sind möglich. Bitte **Ankreuzen** und gegebenenfalls **ausfüllen**.

Für mich ist keine Ursache erkennbar. ☐ M

Auf folgende Krankheit:

Auf folgende Operation:

Datum der Operation:

Auf folgenden Unfall:

Datum des Unfalls:

Auf körperliche Belastung. ☐ M

Auf seelische Belastungen: ☐ M

Auf folgende andere Ursachen:

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen:

Sind nach Ihrer Ansicht alle diesbezüglichen rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)?

Ja ○ Opt

Nein ○ Opt

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

○ Opt Ich mache:

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

○ Opt Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen.

○ Opt Ich tue nichts.

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

○ Opt Ich weiß es nicht.

○ Opt Schmerzauslöser sind:

16. Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein.

Geben Sie bitte an, wie Sie sich in den letzten 14 Tagen meistens gefühlt haben.

Kreuzen Sie dazu bitte auf der 6-stufigen Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft. Bearbeiten Sie bitte **alle Aussagen**.

0 = trifft nicht zu 1 = trifft wenig zu 2 = trifft etwas zu 3 = trifft mittel zu 4 = trifft fast zu 5 = trifft genau zu

Bitte setzen Sie ein **Kreuz** in **jede Zeile**.

Trotz der Schmerzen würde ich sagen,...	0	1	2	3	4	5
...ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt	○ Optio	○ Opti	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio
...ich bin innerlich erfüllt gewesen.	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio
...ich habe mich behaglich gefühlt.	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio
...ich habe mein Leben genießen können.	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio
...ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio
...ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio
...ich habe mich richtig freuen können.	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio	○ Optio

17. Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

☐ Mark	bisher keine Schmerzbehandlung

→ Wenn angekreuzt, weiter mit **Frage 18**

Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben.
Dann kreuzen Sie bitte die Wirksamkeit an.

		Wirksamkeit		
		ja	nein	zeitweise
☐ Marl	1. Medikamente	○ Optionsfe	○ Optionsfe	○ Optionsfe
☐ Marl	2. Operationen	○ Optionsfe	○ Optionsfe	○ Optionsfe
☐ Marl	3. Infusionen	○ Optionsfe	○ Optionsfe	○ Optionsfe
☐ Marl	4. Einspritzungen in das Schmerzgebiet	○ Optionsfe	○ Optionsfe	○ Optionsfe
☐ Marl	5. Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	○ Optionsfe	○ Optionsfe	○ Optionsfe
☐ Marl	6. rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	○ Optionsfe	○ Optionsfe	○ Optionsfe
☐ Marl	7. Krankengymnastik	○ Optionsfe	○ Optionsfe	○ Optionsfe
☐ Marl	8. Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	○ Optionsfe	○ Optionsfe	○ Optionsfe
☐ Marl	9. elektrische Nervenstimulation (TENS)	○ Optionsfe	○ Optionsfe	○ Optionsfe
☐ Marl	10. Akupunktur	○ Optionsfe	○ Optionsfe	○ Optionsfe
☐ Marl	11. Chiropraktik	○ Optionsfe	○ Optionsfe	○ Optionsfe
☐ Marl	12. Psychotherapie	○ Optionsfe	○ Optionsfe	○ Optionsfe

☐ Marl	13. Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	○ Optionsfe	○ Optionsfe	○ Optionsfe
☐ Marl	14. Medikamentenentzug	○ Optionsfe	○ Optionsfe	○ Optionsfe
☐ Marl	15. Kur, ReHa-Behandlung	○ Optionsfe	○ Optionsfe	○ Optionsfe
☐ Marl	Anderes:	○ Optionsfe	○ Optionsfe	○ Optionsfe

18. Wurden Sie schon einmal operiert?

Wichtig für die Beantwortung dieser Frage sind auch „kleinere operative Eingriffe“, die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, z.B. Nasenoperationen, Gelenk- oder Bauchspiegelungen.

○ Optionsf	wenn angekreuzt → weiter mit Frage 19
○ Optionsf	ja

Bitte geben Sie alle Operationen an.

Kreuzen Sie bitte an, welche Operationen wegen Ihrer Schmerzen durchgeführt wurden.

Art der Operation	Datum (Tag/Monat/Jahr)	Wegen Schmerzen
		☐ Markie
		☐ Markie
		☐ Markie
		☐ Markie
		☐ Markie
		☐ Markie
		☐ Markie

19. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? ○ Options nein

○ Options ja

Wenn ja, gegen welche:

20. Im folgenden sind verschiedene Lebensbereiche angesprochen.

Bitte kreuzen Sie jeweils an, wie stark Sie durch Ihre **Schmerzen** in diesen Lebensbereichen **beeinträchtigt** werden.

0: gar keine Beeinträchtigung; 10: absolute Beeinträchtigung, ich konnte gar nichts tun…
Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an. (Skala 0-10)

☐ Markier	häusliche und familiäre Aktivitäten									
keine Beeinträchtigung						absolute Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options

☐ Markier	Freizeit und Erholung									
keine Beeinträchtigung						absolute Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options

☐ Markier	soziale Unternehmungen									
keine Beeinträchtigung						absolute Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options

☐ Markier	Haus- und Berufsarbeit									
keine Beeinträchtigung						absolute Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options

☐ Markier	Selbstständigkeit in Körperpflege und Alltagsverrichtungen									
keine Beeinträchtigung						absolute Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options	○ Options

21. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer Erkrankung bitten wir Sie im folgenden um **einige persönliche Angaben**.

Man weiß heute, dass die körperliche und seelische Verfassung oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.

Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten und zwar so, wie es für Sie persönlich in den letzten 14 Tagen (einschließlich heute) am ehesten zutraf bzw. zutrifft.
Lassen Sie bitte keine Aussage aus. Überlegen Sie nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die am ehesten zutreffend erscheint.

21.1. Ich fühle mich angespannt oder überreizt.	○ Optionsfeld	meistens
	○ Optionsfeld	oft
	○ Optionsfeld	von Zeit zu Zeit / gelegentlich
	○ Optionsfeld	überhaupt nicht
21.2. Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.	○ Optionsfeld	ja, tatsächlich sehr
	○ Optionsfeld	ziemlich
	○ Optionsfeld	nicht sehr
	○ Optionsfeld	überhaupt nicht
21.3. Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.	○ Optionsfeld	ja, sehr stark
	○ Optionsfeld	ja, aber nicht allzu stark
	○ Optionsfeld	etwas, aber es macht mir keine Sorgen
	○ Optionsfeld	überhaupt nicht
21.4. Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.	○ Optionsfeld	überhaupt nicht
	○ Optionsfeld	gelegentlich
	○ Optionsfeld	ziemlich oft
	○ Optionsfeld	sehr oft
21.5. Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.	○ Optionsfeld	einen Großteil der Zeit
	○ Optionsfeld	verhältnismäßig oft
	○ Optionsfeld	von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
	○ Optionsfeld	nur gelegentlich
21.6. Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.	○ Optionsfeld	ja, tatsächlich sehr oft
	○ Optionsfeld	ziemlich oft
	○ Optionsfeld	nicht sehr oft
	○ Optionsfeld	überhaupt nicht
21.7. Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.	○ Optionsfeld	ja, natürlich
	○ Optionsfeld	gewöhnlich schon
	○ Optionsfeld	nicht oft
	○ Optionsfeld	überhaupt nicht
21.8. Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.	○ Optionsfeld	fast immer
	○ Optionsfeld	sehr oft
	○ Optionsfeld	manchmal
	○ Optionsfeld	überhaupt nicht
21.9. Ich fühle mich glücklich	○ Optionsfeld	überhaupt nicht
	○ Optionsfeld	selten
	○ Optionsfeld	manchmal
	○ Optionsfeld	meistens

21.10. Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.	○ Optionsfeld	ja, soviel wie immer
	○ Optionsfeld	nicht mehr ganz so viel
	○ Optionsfeld	inzwischen viel weniger
	○ Optionsfeld	überhaupt nicht
21.11. Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.	○ Optionsfeld	ja, stimmt genau
	○ Optionsfeld	ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
	○ Optionsfeld	möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
	○ Optionsfeld	ich kümmere mich so viel darum wie immer
21.12. Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.	○ Optionsfeld	ganz genau so
	○ Optionsfeld	nicht ganz so sehr
	○ Optionsfeld	nur noch ein wenig
	○ Optionsfeld	kaum oder gar nicht
21.13. Ich blicke mit Freude in die Zukunft.	○ Optionsfeld	ja sehr
	○ Optionsfeld	eher weniger als früher
	○ Optionsfeld	viel weniger als früher
	○ Optionsfeld	kaum bis gar nicht
21.14. Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.	○ Optionsfeld	oft
	○ Optionsfeld	manchmal
	○ Optionsfeld	eher selten
	○ Optionsfeld	sehr selten

22. Ich denke des Öfteren daran, mir das Leben zu nehmen.

○ Optionsfeld	ja	○ Optionsfeld	nein

23. Die folgenden Fragen beziehen sich auf **die letzten 14 Tage**.

23.1. Wie war Ihr allgemeines Wohlbefinden?

Ordnen Sie Ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechten Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen Sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.

Sehr schlecht			mittelmäßig						sehr gut
minus 100			0						plus 100
○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf

23.2. Wie war Ihre nächtliche **Schlafdauer**?

○ Optionsf	nicht ausreichend	○ Optionsf	ausreichend

23.3. Hatten Sie **Dauerschmerzen**?

○ Optionsf	nein	○ Optionsf	ja

23.4. Wurden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihren **Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt**?

○ Optionsf	fast völlig
○ Optionsf	stark
○ Optionsf	deutlich
○ Optionsf	ein wenig
○ Optionsf	nein

23.5. Haben die Schmerzen **Ihre Stimmung beeinträchtigt**?

○ Optionsf	sehr stark
○ Optionsf	stark
○ Optionsf	deutlich
○ Optionsf	ein wenig
○ Optionsf	nein

23.6. Haben Sie das Gefühl, die Schmerzen **lindernd beeinflussen zu können**?

○ Optionsf	sehr stark
○ Optionsf	stark
○ Optionsf	deutlich
○ Optionsf	ein wenig
○ Optionsf	nein

23.7. Hatten Sie sonstige Beschwerden?

Mehrfachnennungen sind möglich, gegebenenfalls ausfüllen (andere:)

☐ Markierfeld	keine	☐ Markierfeld	Müdigkeit	☐ Markierfeld	Niedergeschlagenheit
☐ Markierfeld	Übelkeit	☐ Markierfeld	Appetitlosigkeit	☐ Markierfeld	Lustlosigkeit
☐ Markierfeld	Magenbeschwerden	☐ Markierfeld	Schlafstörungen	☐ Markierfeld	Schwindel
☐ Markierfeld	Konzentrationsstörung	☐ Markierfeld	Schwitzen	☐ Markierfeld	Verstopfung
☐ Markierfeld	andere:				

24. Bei diesen Fragen geht es um die **Beurteilung Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes**.

Ihre Angaben 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.

24.1. Wie würden Sie Ihren **Gesundheitszustand im Allgemeinen** beschreiben?

○ Optionsf	ausgezeichnet
○ Optionsf	sehr gut
○ Optionsf	gut
○ Optionsf	weniger gut
○ Optionsf	schlecht

24.2. 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?

24.2.1. **mittelschwere Tätigkeiten**, z.B. einen Tisch verschieben, Staub saugen, kegeln, Straße fegen	○ Optionsf	ja, sehr eingeschränkt
	○ Optionsf	ja, etwas eingeschränkt
	○ Optionsf	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
24.2.2. **mehrere Treppensätze steigen**	○ Optionsf	ja, sehr eingeschränkt
	○ Optionsf	ja, etwas eingeschränkt
	○ Optionsf	nein, überhaupt nicht eingeschränkt

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

Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.	○ Optionsf	ja	○ Optionsf	nein
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	○ Optionsf	ja	○ Optionsf	nein

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

Ich habe weniger geschafft, als ich wollte.	○ Optionsf	ja	○ Optionsf	nein
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	○ Optionsf	ja	○ Optionsf	nein

24.5. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen in der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

○ Optionsf	überhaupt nicht
○ Optionsf	ein bisschen
○ Optionsf	mäßig
○ Optionsf	ziemlich
○ Optionsf	sehr

24.6. In diesen Fragen geht es darum, **wie Sie sich fühlen** und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist.

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...	immer	meistens	ziemlich	manchmal	selten	nie
… ruhig und gelassen?	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
… voller Energie?	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
… entmutigt und traurig?	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf

24.7. Wie häufig wurden **Ihre Kontakte** zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Bekannten usw.) durch Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen **beeinträchtigt**?

○ Optionsf	immer
○ Optionsf	meistens
○ Optionsf	manchmal
○ Optionsf	selten
○ Optionsf	nie

25. Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen?

Wenn ja, wie sehr sind Sie durch diese in Ihrem Alltag beeinträchtigt?

Im Folgenden sind verschiedene Krankheitsgruppen aufgeführt. Wenn Sie an einer Krankheit leiden, die nicht genannt ist, tragen Sie Ihre Erkrankung bitte unter „andere Erkrankungen“ ein.

Schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch die Krankheit oder deren Behandlung im Alltagsleben eingeschränkt sind.

Bitte ankreuzen	Bitte aufschreiben, um welche Krankheit es sich handelt (Bsp. Darm: *Colitis* oder *chronische Entzündung*; Seelische Leiden: *Depression*; Stoffwechsel; *Diabetes*)	Grad der Beeinträchtigung			
		keine	**leicht**	**mäßig**	**stark**
☐ Markier	Bösartige Erkrankung, Tumor, Krebs:	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
☐ Markier	Nervensystem, Gehirn, Rückenmark:	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
☐ Markier	Atemwege:	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
☐ Markier	Herz-Kreislauf:	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
☐ Markier	Magen-Darm:	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
☐ Markier	Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse:	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
☐ Markier	Niere, Harnwege, Geschlechtsorgane:	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
☐ Markier	Stoffwechsel:	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
☐ Markier	Haut:	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
☐ Markier	Muskel- und Skeletsystem:	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
☐ Markier	Immunschwäche (z.B. HIV):	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
☐ Markier	Blutgerinnung:	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
☐ Markier	Seelische Leiden:	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
☐ Markier	Risikofaktoren:	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
☐ Markier	Unverträglichkeiten, Allergien:	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
☐ Markier	andere Erkrankungen:	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf
☐ Markier	Andere Erkrankungen:	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf	○ Optionsf