

Fragebogen

Teil A:

1. *Geschlecht:* weiblich männlich
2. *Alter:* _____ Jahre
3. *Sind Sie:* ledig verheiratet verwitwet geschieden?
4. *Haben Sie Kinder?* nein ja Wie viele? _____
5. *Wohnen Sie alleine?* nein ja
6. *Welche Schulausbildung haben Sie?* Hauptschule Realschule
 Abitur Sonstiges
7. *Welche Tätigkeit/ Beruf üben Sie aus?* _____
 berufstätig derzeit ohne Beschäftigung
 Rentner Hausfrau/ -mann
- 8.a *Sind Schmerzen der Grund des heutigen Arztbesuches?* ja nein
- 8.b *Unter welchen Schmerzen leiden Sie?* keinen
 akuten (seit Stunden oder Tagen auftretender Schmerz)
 chronischen (wiederkehrender oder anhaltender Schmerz länger als 6 Monate)

Wenn Sie an chronischen Schmerzen leiden, füllen Sie bitte auch Teil B aus.

Herzlichen Dank!

Teil B:

9. *Wie lange leiden Sie bereits an chronischen Schmerzen?*

- 6 bis 12 Monate 1-2 Jahre 2-5 Jahre
 5-10 Jahre 10-20 Jahre mehr als 20 Jahre

10. *Wo haben Sie Schmerzen?* (Mehrfachauswahl möglich.)

- Rücken Brust Gelenke
 Beine Arme Kopf
 Hand Fuß Ganzer Körper
 Oberbauch Unterbauch

Nähere Beschreibung: _____

11. *Wie oft haben Sie Schmerzen?*

- dauernd mehrmals täglich
 alle paar Tage alle paar Wochen

12. *Wie stark sind Ihre Schmerzen?*

Bleiben Ihre Schmerzen konstant, so markieren Sie nur eine Zahl in der Tabelle von 0 bis 10. Bei Schmerzen schwankender Intensität zeichnen Sie bitte ein Minimum und ein Maximum ein.

(0= keine Schmerzen, 10= stärkste Schmerzen)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. *Wie lange dauern die Schmerzen an?* (Mehrfachauswahl möglich.)

- minutenlang stundenlang
 tagelang ständig vorhanden

14. *Haben sich die Schmerzen im Laufe der Zeit verändert?* (Mehrfachauswahl möglich.)

- nein stärker geworden seltener geworden
 schwächer geworden häufiger geworden

15. *Was sehen Sie als Ursache für ihre Schmerzen?* (Mehrfachauswahl möglich.)

- Verschleiß seelische Belastung Unfall
 Beruf Operation: _____ Kriegsverletzung
 Vererbung Krankheit: _____
 Sonstiges: _____

16. *Wann treten die Schmerzen auf?* (Mehrfachauswahl möglich.)

- mit Auslöser, Einwirkung ohne Auslöser, spontan

Christine Frießem

17. Was kann Ihre Schmerzen auslösen oder verstärken? (Mehrfachauswahl möglich.)

- körperliche Belastung psychische Belastung, Stress Wetter
- Stimulation (Alkohol, Zigaretten, Kaffee) Entspannung
- Tageszeiten: Morgens Mittags Abends Nachts
- Sonstiges: _____

18. Was kann Ihre Schmerzen lindern? (Mehrfachauswahl möglich.)

- Medikamente Wärme Ruhigstellung
- alleine sein, Ruhe Kälte Bewegung, Sport
- Freunde, Familie besondere Körperhaltung Urlaub, Erholung
- gar nichts Sonstiges: _____

19. Wie wirken sich die Schmerzen auf Ihren Alltag aus? (Mehrfachauswahl möglich.)

- keine Beeinträchtigung vermehrt Aggression, Ungeduld, Nervosität
- Beeinträchtigung im Haushalt Beeinträchtigung bei Körperpflege
- öfter Spannungen mit Mitmenschen eingeschränkte Freizeitgestaltung
- Sonstiges: _____

20.a Schlafen Sie aufgrund der Schmerzen schlechter? ja nein

20.b Wenn ja, nehmen Sie Medikamente zum Schlafen? ja nein

20.c Wenn ja, welche? _____

21. Wenn Sie berufstätig sind: beeinträchtigen die Schmerzen Ihren Beruf? (Mehrfachauswahl möglich.)

- tageweise Fehlen bei der Arbeit Rentenantrag gestellt
- Berentung aufgrund der Schmerzen Berufswechsel
- Teilzeitarbeit Konzentrationsschwäche
- keine berufliche Beeinträchtigung

22. Wie wirken sich die Schmerzen auf Ihre Lebensqualität aus?

(0= keine Beeinflussung, 10= starke Beeinflussung)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23. Welche Fachärzte haben Sie wegen Ihrer Schmerzen aufgesucht?

(z.B. Allgemeinmedizin, Chirurgie, Neurologie, Orthopädie, Psychologie, Heilpraktiker, Schmerzlinik etc.)

24. Kennen Sie die Diagnose Ihrer Schmerzen?

- nein ja, meine Diagnose lautet: _____

Christine Frießem

25. Welche Therapien haben Sie aufgrund der Schmerzen gemacht? (Mehrfachauswahl möglich.)

- keine
- psychologische Therapie Kur Operation
- Medikamente Spritzen Akupunktur
- Krankengymnastik physikalische Therapie (z.B. Thermotherapie)
- Massage Sonstiges: _____

26. Welche Behandlung hat Ihre Schmerzen am wirkungsvollsten gelindert? (Mehrfachauswahl möglich.)

- keine
- psychologische Therapie Kur Operation
- Medikamente Spritzen Akupunktur
- Krankengymnastik physikalische Therapie (z.B. Thermotherapie)
- Massage Sonstiges: _____

27.a Welche Medikamente nehmen Sie derzeit gegen Ihre Schmerzen ein?

27.b Nach welchem Schema nehmen Sie diese Medikamente ein? (Mehrfachauswahl möglich.)

- nach Bedarf: welche? _____
- nach festem Zeitplan: welche? _____

28. Haben Sie zuvor andere Medikamente gegen Schmerzen verschrieben bekommen? Wenn ja, welche?

29. Welche Nebenwirkungen haben Sie bei der Einnahme von Schmerzmedikamenten bisher bemerkt? (Mehrfachauswahl möglich.)

- keine Verstopfung Schläfrigkeit
- Magenbeschwerden Allergie Kopfschmerzen
- Abgeschlagenheit Abhängigkeit Sonstige: _____

30. Haben Sie bereits im Jahre 1990/ 1991 an einer ähnlichen Befragung teilgenommen?

- ja nein

Herzlichen Dank für ihre Mitarbeit!