



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die Ursachen Ihrer Schmerzen besser einschätzen zu können, sind für uns Informationen aus unterschiedlichen Bereichen erforderlich.

Damit wir die schonendste und für Sie optimalste Therapie erzielen können, ist es wichtig, wie Sie Ihre Schmerzen genau beschreiben, an welchen Behandlungen Sie mit welchem Erfolg bereits teilgenommen haben und welche Auswirkungen der Schmerz auf Ihr Befinden und Ihre Lebensumstände hat.

Der akute Schmerz besitzt Warn- und Schutzfunktionen für den Körper. Er führt zur Diagnose und der Einleitung einer möglichst ursächlichen Behandlung. Der nicht behandelte Schmerz kann zunehmend eigenständig werden und zu einem Dauerleiden, der Schmerzkrankheit, führen. Bei der Schmerzkrankheit hat der Schmerz seine wichtige Funktion der Gefahr - und Schadensmeldung verloren. Er kommt zu einer starken Beeinträchtigung Ihrer Lebensqualität und ihr Umfeld.

Ihre Angaben dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gespräches und der Untersuchung, sowie der Dokumentation für ihre Krankenkasse.

Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen vollständig aus. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

Bei der Bearbeitung Ihrer Angaben gilt selbstverständlich die ärztliche Schweigepflicht und unsere Datenschutzbestimmungen.

Bitte beachten Sie, dass ohne vollständige Unterlagen, wie

- **Schmerzfragebogen, ggf. aktueller Medikamentenplan**
- **Kopien von Vorbefunden/ Arztberichten/ Krankenhaus- Rehaberichten (keine CDs)**

Kein Erstkontakt stattfinden kann.

Bitte bringen sie außerdem

- **Gesundheitskarte und**
- **Überweisung mit**

*Bei Nichterscheinen oder kurzfristiger Absage <24 h wird ein Ausfallshonorar **von 60 Euro** fällig*

Name ausgefüllt am:

Adresse

Tel E-Mail

Geburtsdatum Alter Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich

Größe (cm) Gewicht (kg)

Unterschrift



Dr. med. Schuler
Dres. med. Janke

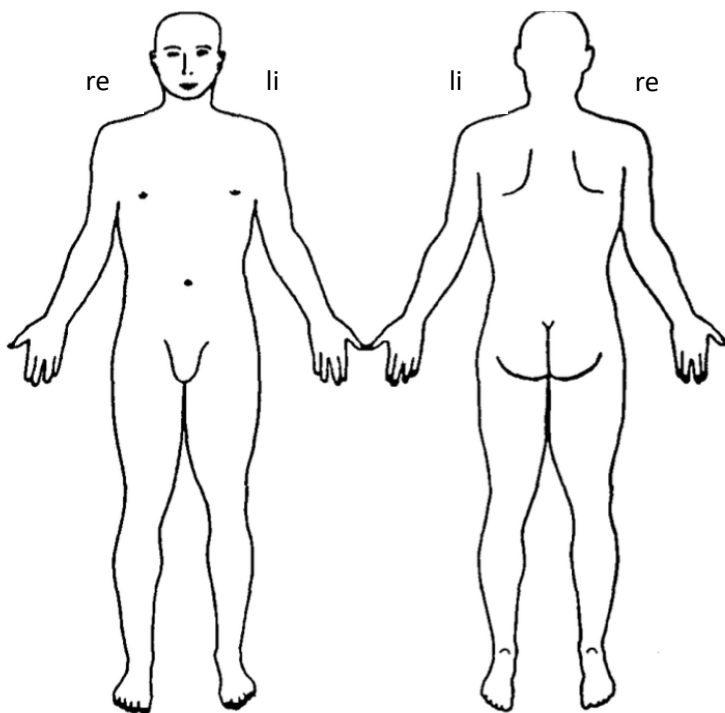


Haben Sie bereits einen **Renten-** oder **Änderungs-Antrag gestellt?** ☐ ja ☐ nein **geplant** ☐ ja ☐ nein

Ablehnung ☐ ja ☐ nein **Widerspruchsverfahren?** ☐ ja ☐ nein

Zeitliche Befristung

Bitte zeichnen Sie nun im Körperschema ein, an welcher Stelle Ihre Schmerzen auftreten.



Machen Sie bitte ein **Kreuz**, wenn der Schmerz eher eingegrenzt oder punktförmig auftritt, (wenn Sie also die Körperstelle ziemlich genau lokalisieren können)

Falls Ihre Schmerzen an einem Punkt beginnen und in einen anderen Bereich ausstrahlen, so zeichnen Sie dies bitte mit einem **Pfeil** ein.

Wenn Ihre Beschwerden/ Schmerzen eher diffus sind, also nicht genau lokalisiert werden können oder über eine größere Fläche ausstrahlen, so **schraffieren** Sie bitte die Schmerzzone.

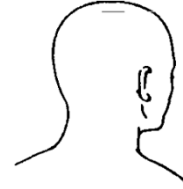
rechts



links



Rückseite



Aufgrund welcher Beschwerden/ Schmerzen kommen sie aktuell zur Vorstellung

Falls Sie mehrere schmerzende Bereiche bezeichnet haben, markieren Sie diese bitte der Reihenfolge ihrer Stärke nach (Hauptschmerz = 1).

Seit **wann** bestehen die Schmerzen (Hauptschmerz)

☐ < 1 Monat

☐ 1 -6 Monate

☐ ½-1 Jahr

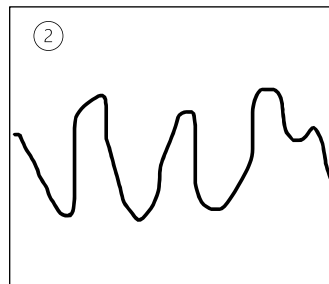
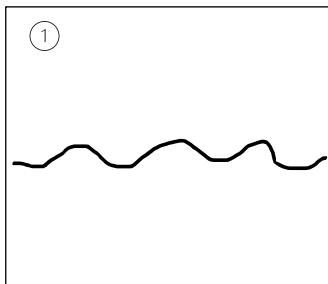


☐ 1-2 Jahre ☐ 2-5 Jahre ☐ > 5 Jahre

Ist Ihnen ein genaues Datum erinnerlich?:

Welches Bild/ Aussage trifft auf Ihre Schmerzen am besten zu (Nur 1 Angabe)

S
c
h
m
e
r
z



☐ Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

☐ Dauerschmerzen mit starken Schwankungen

☐ Schmerzspitzen dazwischen schmerzfrei

☐ Dauerschmerz mit Schmerzspitzen

Wenn Sie an Schmerzspitzen leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

Wie **häufig** treten diese Attacken durchschnittlich auf?

☐ täglich mal ☐ wöchentlich mal ☐ monatlich mal
seltener:

Wie **lange** dauern diese Attacken durchschnittlich?

☐ Sekunden ☐ Minuten ☐ Stunden ☐ -3 Tage ☐ > 3 Tage

Sind Ihre Schmerzen **tageszeitenabhängig**? ☐ Ja ☐ nein

☐ morgens ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ abends ☐ nachts ggf Uhrzeit

Welche **Begriffe** beschreiben Ihren Schmerz Ihre Beschwerden am ehesten

☐ dumpf ☐ hell ☐ drückend ☐ ziehend ☐ stechend
☐ Krampfartig ☐ kolikartig ☐ pulsierend ☐ pochend ☐ klopfend
☐ brennend ☐ kribbelnd ☐ elektrisierend ☐ ausstrahlend ☐ heiss
☐ Kälte ☐ unbeschreiblich ☐ schauerhaft ☐ elend

Wie **intensiv** waren Ihre Schmerzen? Bitte geben Sie jeweils einen Wert zwischen 0-10 an
Wobei **10** der maximalste Schmerz ist den Sie sich vorstellen können

momentan durchschnittlich größter Schmerz geringster Schmerz



Dr. med. Schuler
Dres. med. Janke

Geben Sie hier an, welche Schmerzstärke für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

Was würden sie *dann* am liebsten machen

Von **wem** wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht** oder **behandelt**? (bitte unterstreichen)

Keine Behandlung

Allgemeinarzt Chirurg Internist Neurochirurg Neurologe Orthopäde Radiologe Psychiater Psychotherapeut

Heilpraktiker Osteopath

Schmerztherapeut

wann

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.

☐ bisher **keine** Schmerzbehandlung

	erhalten	wirksam		
		ja	vorübergehend	nein
Medikamente	☐	☐	☐	☐
Infusionen	☐	☐	☐	☐
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden auch PRT (CT gesteuerte Blockade)	☐	☐	☐	☐
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	☐	☐	☐	☐
Denervierung/ Nervenverödung	☐	☐	☐	☐
Rückenmarksnahe Sonden-(SCS) bzw Pumpensysteme	☐	☐	☐	☐
Krankengymnastik	☐	☐	☐	☐
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	☐	☐	☐	☐
Rehasport	☐	☐	☐	☐
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	☐	☐	☐	☐
Akupunktur	☐	☐	☐	☐
Psychotherapie	☐	☐	☐	☐
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	☐	☐	☐	☐
Medikamenten-Entzug	☐	☐	☐	☐
Chiropraktik/ Osteopathie	☐	☐	☐	☐
Kur-/Reha-Behandlung	☐	☐	☐	☐

Wann

Wo

Wann

Wo



Dr. med. Schuler
Dres. med. Janke

Schmerzklinik

☐ ambulant

☐ stationär

Wann

Wo

Welche Besserung konnten erreicht werden

Aktuelle Schmerz-Medikamenten-Einnahme. (auch Antidepressiva)

Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle nur Schmerz-Medikamente ein, die Sie **zurzeit** einnehmen

Medikament mg/g	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	nur bei Bedarf	wirksam			Nebenwirkungen
						ja	etwas	nein	

Frühere Schmerz-Medikamenten-Einnahme.

Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle nur Schmerz-Medikamente ein, die Sie **früher** einnommen haben

Medikament mg/g	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	nur bei Bedarf	wirksam			Nebenwirkungen
						ja	etwas	nein	

Aktuelle Medikamenten-Einnahme.

Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle weiteren Medikamente ein, die Sie **zurzeit** einnehmen
(z.B. Blutdruckmittel, Diabetesmedikamente, Blutverdünner u.s.w.)

Medikament mg/g	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	nur bei Bedarf



Dr. med. Schuler
Dres. med. Janke

Was machen Sie selbst um die Schmerzen zu reduzieren

Auf welche **Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

für mich ist **keine Ursache** erkennbar ☐

eine bestimmte Erkrankung ☐

eine Operation ☐

Datum der Operation

körperliche Belastung ☐

seelische Belastung ☐

andere Ursache ☐

auf einen Unfall ☐

Datum des Unfalls

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



Wie schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. (bitte unterstreichen)

ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht

Geben Sie bitte an, wie Sie sich in der letzten Woche meistens gefühlt haben. Geben Sie dazu jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu.

Trotz der Schmerzen würde ich sagen:

1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt. ☐
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen. ☐
3. Ich habe mich behaglich gefühlt. ☐
4. Ich habe mein Leben genießen können. ☐
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen. ☐
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden. ☐
7. Ich habe mich richtig freuen können. ☐

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

Wie stark waren Sie in den letzten 3 Monaten durch Ihre Schmerzen eingeschränkt oder beeinträchtigt
Ein Wert von 0 entspricht keiner Beeinträchtigung, 10 völlige Einschränkung durch die Schmerzen

Beeinträchtigung im **Beruf, Schule, Haushalt**

Beeinträchtigung im **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.)

Beim Steigen mehrerer Treppenabsätze

Beeinträchtigung von **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis**

bei welcher Aktivität gab es die größte Einschränkung

welche Aktivitäten tun Ihnen besonders gut



Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer** Probleme die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

Ich habe weniger geschafft als ich wollte

☐ ja

☐ nein

Ich konnte nur bestimmte Tätigkeiten ausführen

☐ ja

☐ nein

Sind Sie berufstätig

☐ ja

☐ nein

☐ arbeitssuchend seit

Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus?

Sind Sie zurzeit **arbeitsunfähig**?

☐ ja

☐ nein

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

Ich war in letzten 3 Monaten an

Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)

Ich bin durchgehend arbeitsunfähig seit

Glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz** zurückkehren können?

☐ ja

☐ nein

Beziehen Sie **derzeit** eine **Rente**?

☐ ja, seit wann

☐ auf Zeit, bis wann

☐ Vorgezogenes Altersruhegeld

☐ Berufsunfähigkeit

☐ Erwerbsunfähigkeit

☐ Altersruhegeld

☐ Teilweise Erwerbsminderung,

Prozent

Haben Sie einen anerkannten **Grad der Behinderung**? (GdB)

☐ ja

in welcher Höhe

Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt?

☐ ja

☐ nein

Haben sie bereits eine anerkannte Pflegestufe?

☐ ja

Grad

Läuft ein Antrag oder ist eine Höherstufung geplant?

☐ ja

☐ nein

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

☐ ich lebe allein

☐ Ehepartner/Partner

☐ Kinder

☐ (Schwieger-)Eltern

☐ pflegebedürftig ☐ ja ☐ nein

☐ Tiere



Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten**? Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte.

Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs

☐ ja ☐ nein

Welche Erkrankung:

Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks

☐ ja ☐ nein

Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall

Nerven-Verletzung, -Lähmung, -Entzündung, Polyneuropathie, Schädel-Hirn-Trauma

Andere:

Erkrankungen der Atemwege Asthma, chronische Bronchitis, COPD, Emphysem

☐ ja ☐ nein

Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung, Schlafapnoe

Andere:

Erkrankungen von Herz oder Kreislauf Bluthochdruck, , Herzrhythmusstörungen

☐ ja ☐ nein

Herzschwäche (Insuffizienz), Koronare Herzerkrankung, Arterienverkalkung, Aneurysma

Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie

Andere:

Magen-, Darmerkrankungen Magenschleimhaut- oder Speiseröhre-Entzündung

☐ ja ☐ nein

Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa,

Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz, Zustand nach Magen- oder Darmblutung

Andere:

Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse Chronische oder akute Hepatitis,

☐ ja ☐ nein

Leberzirrhose, Gallen-Steine oder -Entzündung, Bauchspeicheldrüsen-Entzündung

Andere:



Dr. med. Schuler
Dres. med. Janke

Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane

☐ ja ☐ nein

Chronisches Nierenversagen, Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen
Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung

Andere:

Stoffwechsel-Erkrankungen Zuckerkrankheit, Schilddrüsen Über- oder Unterfunktion

☐ ja ☐ nein

Gicht, Erhöhung der Blutfettwerte

Andere:

Hauterkrankungen Psoriasis (Schuppenflechte), Nesselsucht, Ekzeme

☐ ja ☐ nein

Andere:

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes Osteoporose,

☐ ja ☐ nein

Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk,

Skoliose, Zustand nach Wirbelkörperbruch, Chronische Polyarthritis, M. Bechterew

rheumatische Muskelentzündung, Fibromyalgie

Bandscheibenvorfall Höhe: C Th L Spinalkanalstenose Höhe: C Th L

Andere:

Seelische Leiden Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken,

☐ ja ☐ nein

Posttraumatisches Syndrom, Magersucht, Psychose,

chronische Müdigkeit/ Erschöpfung, Fatigue, Burn out, Sucht oder Abhängigkeit,

Andere:

Andere Erkrankungen

☐ ja ☐ nein

Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV

☐ ja ☐ nein

Andere:



Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Medikamente, Lebensmittel,
Blütenstaub, Hausstaub, Wasch-/Putzmittel

☐ ja ☐ nein

Welcher Art:

*Fragen zu Ihrem Befinden **während der letzten Woche***

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0- 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

- 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 fühlte 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

DN-4 Fragebogen(Bouhassira et al., 2005)

Beantworten Sie bitte die folgenden vier Fragen. Kreuzen Sie zu jedem Punkt nur eine Antwort an.

Weißt der Schmerz eines oder mehrere der folgenden Merkmale auf?

- | | | |
|-------------------------------------|----|------|
| 1. Brennen | Ja | Nein |
| 2. Gefühl einer schmerzhaften Kälte | Ja | Nein |
| 3. Elektrische Kälte | Ja | Nein |



Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf?

4. Kribbeln	Ja	Nein
5. Pieksen	Ja	Nein
6. Taubheitsgefühl	Ja	Nein
7. Juckreiz	Ja	Nein

Sind die Schmerzen in einem Bereich lokalisiert, in dem die körperliche Untersuchung Folgendes zeigt?

8. Hypoästhesie bei Berührung	Ja	Nein
9. Hypoästhesie bei Nadelreizen	Ja	Nein

Werden die Schmerzen aufgelöst oder verschlimmert durch:

10. Reiben	Ja	Nein
------------	----	------

Hypoästhesie = verminderte, herabgesetzte Druck- bzw. Berührungsempfindung

Einverständniserklärung

Nichterscheinen ohne Absage



Sehr geehrte Damen und Herren

Bei nichteinhalten der Termine ohne Absage, welche 24h vorher erfolgen muss, erheben wir eine Gebühr von 30,00€

Bei 1. Terminen, welche nicht 24h vorher abgesagt werden, erheben wir eine Gebühr von 60,00€

Dr. med. Sascha Schuler
Dr. med. Andrea Janke
Und das ganze Behandlungsteam

Name, Vorname

Datum Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name



Erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. med. Schuler / Dr. med. Janke meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

- Über den Umfang und die Art meiner Daten
- Über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- Über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

☐ Ich erkläre mich einverstanden, dass

- Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

☐ Ich stimme einem Informationsaustausch über E-Mail zwischen Herrn Dr. med. Schuler/Frau Dr. med. Janke und mir zu, sowie Terminnachrichten von Doctolib.

Meine E-Mail-Adresse/ Handynummer:

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters