

Schmerzfragebogen Erwachsene



Sehr geehrter Patient,

Schmerzen lassen sich heute gut behandeln. Voraussetzung für eine sinnvolle Schmerztherapie ist jedoch, dass wir möglichst genau über Art, Auftreten und Dauer Ihrer Schmerzen Bescheid wissen. Darum bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen.

Vielen Dank!

Ihr Team im Hämophiliezentrum

Name: _____ Datum: _____ Datum des letzten Besuchs im Hämophiliezentrum: _____

1. Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen in der Tabelle.

	Schulter rechts	Schulter links	Ellenbogen rechts	Ellenbogen links	Hüfte rechts	Hüfte links	Knie rechts	Knie links	Sprunggelenk rechts	Sprunggelenk links	Sonstige Gelenke	Rücken	Sonstige Körperstellen
Wie stark waren Ihre Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10? (0: keine Schmerzen, 10: stärkste vorstellbare Schmerzen)													
Wie lässt sich die Art Ihrer Schmerzen am besten beschreiben? (a: stechend, b: brennend, c: dumpf)													
Wann treten Ihre Schmerzen meistens auf? (a: ständig, auch in Ruhe, b: nach Ruhe/beim Aufstehen, c: nur bei Belastung)													
Wie lange dauerten die Schmerzen an?													
Welche Maßnahmen haben Sie ergriffen?													
Faktorenkonzentrat													
Schmerzmedikamente													
Physiotherapie													
Übungen zu Hause													
Orthopädische Hilfsmittel*													
Sonstiges													
Haben die Maßnahmen geholfen? (ja: +, nein: -)													

* z.B. Bandagen, orthopädische Schuhe, Absatzerhöhung, Abrollhilfe

Schmerzfragebogen Erwachsene

Fortsetzung Fragebogen / Seite 2

2. Haben Sie sonstige Maßnahmen gegen die Schmerzen ergriffen?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

3. Welche Schmerzmedikamente nehmen Sie ein?

(bitte auch solche berücksichtigen, die Sie ohne Rezept in der Apotheke erhalten)

- Keine
- Folgende regelmäßig _____
 mehrmals täglich täglich wöchentlich seltener
- Folgende bei Bedarf _____

4. Was ist die häufigste Ursache Ihrer Gelenkschmerzen?

- Blutung/Verletzung längere Belastung „falsche“ Bewegung
- Treppensteigen Sonstiges: _____

5. Beeinträchtigen die Schmerzen Ihren Alltag?

Bitte bewerten Sie die Gesamtbelastung durch Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10.

0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____ 10

keine Beeinträchtigung mäßige Beeinträchtigung massive Beeinträchtigung

6. Wie viele Fehltage am Arbeitsplatz haben Sie durch Ihre Schmerzen trotz Faktorgabe?

ca. _____ pro Monat ca. _____ pro Jahr

7. Beeinflussen die Schmerzen Ihre Lebensqualität?



gar nicht,
ich fühle mich gut



etwas,
ich kann häufiger nicht
unbeschwert sein



sehr stark,
ich fühle mich deswegen
oft sehr niedergeschlagen

8. Bemerkungen:
