



Liebe Eltern,

Schmerzen lassen sich heute gut behandeln. Voraussetzung für eine sinnvolle Schmerztherapie ist jedoch, dass wir möglichst genau über Art, Auftreten und Dauer der Schmerzen Ihres Kindes Bescheid wissen. Darum bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen von Ihrem Kind ausfüllen zu lassen oder ihn nach Möglichkeit gemeinsam mit Ihrem Kind auszufüllen. Bei Fragen dazu unterstützen wir Sie gern.



Vielen Dank!

Ihr Hämophiliezentrum

Name Ihres Kindes: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Datum des letzten Besuchs im Hämophiliezentrum: \_\_\_\_\_

## 1. Bitte beschreibe deine 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
<b>Wie stark waren deine Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10?</b> (0: keine Schmerzen 😊, 10: stärkste vorstellbare Schmerzen 😞)													
<b>Wie lässt sich die Art deiner Schmerzen am besten beschreiben?</b> (a: es sticht, b: es brennt, c: es drückt)													
<b>Wann treten deine Schmerzen meistens auf?</b> (a: ständig, auch in Ruhe, b: nach Ruhe/beim Aufstehen, c: nur bei Belastung)													
<b>Wie lange dauerten die Schmerzen an?</b>													
<b>Was hast du gegen die Schmerzen getan?</b>													
Faktorenkonzentrat													
Schmerzmedikamente													
Physiotherapie													
Übungen zu Hause													
Orthopädische Hilfsmittel*													
Sonstiges													
<b>Haben die Maßnahmen geholfen?</b> (ja: +, nein: -)													

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

Fortsetzung Fragebogen / Seite 2

## 2. Welche Schmerzmedikamente nimmst du ein?

(bitte auch solche berücksichtigen, die man ohne Rezept in der Apotheke erhält)

- Keine
- Folgende regelmäßig \_\_\_\_\_
  - mehrmals täglich
  - täglich
  - wöchentlich
  - seltener
- Folgende bei Bedarf \_\_\_\_\_

## 3. Was ist der häufigste Grund für deine Gelenkschmerzen?

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

## 4. Wie viele Fehltage hattest du aufgrund von Schmerzen in der Schule?

ca. \_\_\_\_\_ pro Monat    ca. \_\_\_\_\_ pro Jahr/Schuljahr

## 5. Wie sehr belasten dich die Schmerzen im Alltag?

(Bitte kreuze das passende Gesicht an)



gar nicht,  
ich fühle mich gut



etwas,  
ich kann häufiger nicht  
unbeschwert sein



sehr stark,  
ich fühle mich deswegen  
oft sehr niedergeschlagen

## 6. Bemerkungen:

---

---

---

---

---

## Hinweis: Dieser Bogen wurde ausgefüllt

- vom Kind
- von den Eltern
- vom Hämophiliezentrum

