

Fragebogen Schmerztherapie

Basis-Daten

Erfassungsdatum: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Email-Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Geschlecht: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Allgemeine Beschreibung durch den Klienten:

Bitte beschreiben Sie selbst in kurzen Worten Ihre/n Schmerz/en und Ihre derzeitige Situation:

Detailfragen zur Präzisierung (bitte nach Bedarf auswählen):

Wo befindet sich Ihr Schmerz?

Bei großflächigen Schmerzen: Wo befindet sich das Maximum?

Strahlt der Schmerz aus – wenn ja, wohin?

In welchen Situationen tritt der Schmerz auf?

Gibt es einen bestimmten Auslöser, durch den der Schmerz beginnt?

Wie lange hält der Schmerz an, wenn er einmal ausgelöst ist?

Wie ist der Verlauf des Schmerzes bis er wieder ganz abgeklungen ist?

Wann und wo trat der Schmerz zum ersten mal auf?

Entwickelte sich der Schmerz plötzlich oder allmählich?

Wie oft tritt der Schmerz auf?

Wie war der Gesamtverlauf des Schmerzes seit dem ersten mal als er auftrat?

Hat sich der Schmerz mit der Zeit verändert?

Hat sich die Art des Schmerzes verändert?

Wie fühlt sich der Schmerz an?

Bitte beschreiben Sie zuerst selbst, wie Sie Ihren Schmerz in Worte fassen würden.

Welche Adjektive würden am besten zu Ihrem Schmerz passen? (bspw. Ziehend, drückend, stechend, brennend, pochend etc.)

Wie stark / intensiv ist der Schmerz?

Wie stark würden Sie Ihren Schmerz bzw. Ihre Schmerzen (bei mehreren Schmerzarten bitte einzeln bewerten) auf einer Skala von 0-10 einstufen? Wobei 0 für „gar kein Schmerz“ und 10 für „den stärksten Schmerz, den ich mir vorstellen kann“.

Hatten Sie schon einmal einen ähnlichen Schmerz in einer anderen Situation oder an einer anderen Körperstelle?

Wie unterscheidet sich die Schmerzstärke im Ruhezustand oder in Bewegung?

Mit welcher Schmerzstärke könnten Sie gut lebend?

Welche Schmerzstärke muss mindestens erreicht sein, damit Sie einen normalen Alltag leben können?

Was hat Einfluss auf den Schmerz?

Gibt es Tätigkeiten, Situationen oder Außeneinflüsse, die sich auf den Schmerz auswirken und ihn verändern? Wenn ja, wie und in welchem Maß?

Welchen Einfluss hat eine Haltungs- oder Lageänderung?

Wie wirkt sich Bewegung und Belastung auf den Schmerz aus?

Gibt es etwas, was den Schmerz lindert oder womit Sie den Schmerz wieder abstellen können?

Welche Behandlungen / Therapien haben bisher am Besten gegen den Schmerz geholfen?

Welche Therapieversuche wurden bisher unternommen?

Wie haben diese gewirkt?

Werden derzeit noch Therapien durchgeführt? Wenn ja, wie sind die Ergebnisse?

Wurden oder werden Medikamente eingenommen? Wenn ja, wie war oder ist die Wirkung?

Welche Wünsche / Erwartungen haben Sie von der Therapie hier in dieser Praxis?

Haben Sie von anderen Schmerzpatienten gehört oder gelesen, bei denen eine solche Therapie gut angeschlagen hat?

Haben Sie konkrete Vorstellungen, was der Therapeut für Sie tun kann?

Welches Ergebnis sollte mindestens erzielt werden, damit sich diese Therapie für Sie „rentiert hat“?

Sonstige Informationen

Hier kann alles vermerkt werden was der Klient oder der Therapeut ansonsten noch anmerken oder schriftlich fixieren möchten.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Behandlung beeinträchtigen können.

Unterschrift des Klienten

Unterschrift des Behandlers