

 **WICHTIGE ANTWORTEN**

Fragebogen: Deutscher Schmerzfragebogen

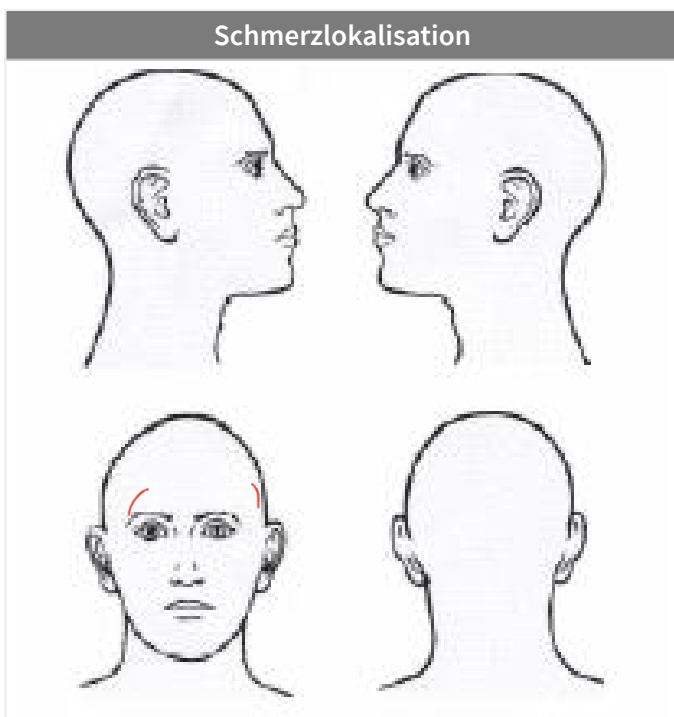
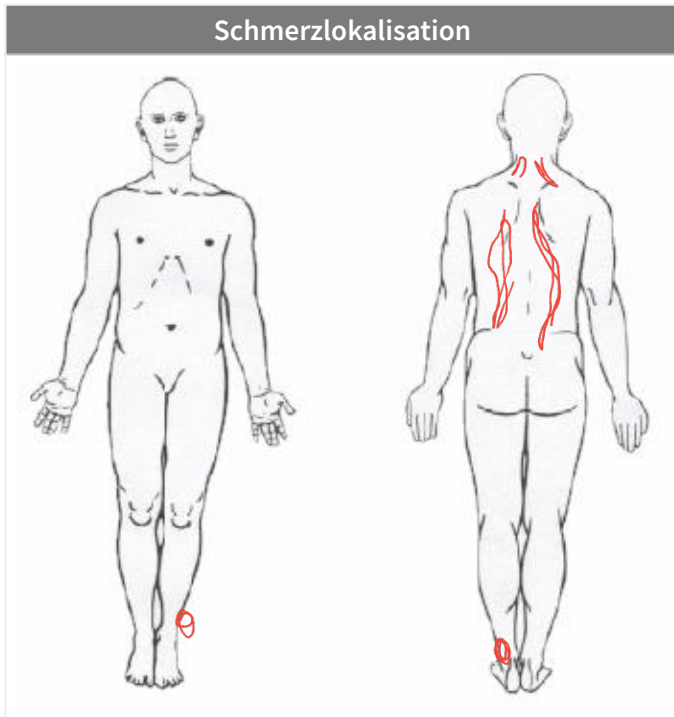
Momentane Schmerzstärke	5 / 10
Durchschnittliche Schmerzstärke (letzte 4 Wochen)	7 / 10
Größte Schmerzstärke (letzte 4 Wochen)	6 / 10
Erträgliche Schmerzstärke	3 / 10
Einschränkung bei mittelschweren Tätigkeiten	ja, stark eingeschränkt
Hat weniger geschafft als gewollt	meistens, immer
Konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen	meistens
Konnte Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen	immer
Schmerzen beeinträchtigen Alltagstätigkeiten	ziemlich

 **SCORES**

Fragebogen: Deutscher Schmerzfragebogen

DASS: Stress (0-21)	12
DASS: Depression (0-21)	5
DASS: Angst (0-21)	3
VR-12: Körperlicher Zustand	33.34
VR-12: Psychischer Zustand	32.70
Body Mass Index (BMI)	22.68

ZEICHNUNGEN



FRAGEBOGEN: DEUTSCHER SCHMERZFRAGEBOGEN

Schmerzlokalisierung	
Größe	189 cm
Gewicht	81 kg
Schmerzbeschreibung mit eigenen Worten	Pocht und pulsiert, manchmal auch stechend
Vorstellung wegen folgender Schmerzen	Rücken- und Nackenschmerzen
Beginn der Schmerzen	1-2 Jahre
Datum des Schmerzbeginns	Nein

Schmerzbeschreibung	
Schmerzcharakter	Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen
Dumpfe Schmerzen	trifft nicht zu
Drückende Schmerzen	trifft nicht zu
Pochende Schmerzen	trifft weitgehend zu
Klopfende Schmerzen	trifft ein wenig zu
Stechende Schmerzen	trifft genau zu
Ziehende Schmerzen	trifft weitgehend zu
Heiße Schmerzen	trifft nicht zu
Brennende Schmerzen	trifft ein wenig zu
Elende Schmerzen	trifft weitgehend zu
Schauerhafte Schmerzen	trifft ein wenig zu
Scheußliche Schmerzen	trifft nicht zu
Furchtbare Schmerzen	trifft ein wenig zu
Momentane Schmerzstärke	5 / 10
Durchschnittliche Schmerzstärke (letzte 4 Wochen)	7 / 10
Größte Schmerzstärke (letzte 4 Wochen)	6 / 10
Erträgliche Schmerzstärke	3 / 10
Einschränkung durch Schmerzen (letzte 3 Monate)	4 Tag(e)
Einschränkung im Alltag (letzte 3 Monate)	4 / 10
Einschränkung bei Freizeitaktivitäten (letzte 3 Monate)	6 / 10
Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (letzte 3 Monate)	7 / 10
Selbsteinschätzung der Schmerzursache	Keine Ursache
Günstige Beeinflussung der Schmerzen durch	Wärmen, Schmerztabletten, Gymnastik
Schmerzauslöser	Schwer tragen, zu lange sitzen
Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	3 / 5
Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	3 / 5
Ich habe mich behaglich gefühlt.	1 / 5
Ich habe mein Leben genießen können.	4 / 5
Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	0 / 5
Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	1 / 5
Ich habe mich richtig freuen können.	2 / 5

DASS (Fragen zum Befinden) - 0 gar nicht - 1 bis zu einem gewissen Grad oder manchmal - 2 in beträchtlichem Maße oder ziemlich oft - 3 sehr stark oder die meiste Zeit	
Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	2
Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	1
Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	2
Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0

Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	1
Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	1
Ich zitterte (z.B. an den Händen).	1
Ich fand alles anstrengend.	2
Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0
Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0
Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	2
Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	1
Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	1
Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	2
Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0
Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0
Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0
Ich fand mich ziemlich empfindlich.	2
Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	1
Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0
Ich empfand das Leben als sinnlos.	1

Bisherige Behandlungen	
Bereits behandelt durch	Allgemeinarzt Orthopäde Radiologe
Schmerzdiagnose bereits gestellt	Nein
Schmerz bisher behandelt	Ja
Bisherige Behandlungen	Medikamentös Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden Krankengymnastik
Medikamente wirksam?	ja
Einspritzung in Schmerzgebiet wirksam?	vorübergehend
Krankengymnastik wirksam?	vorübergehend
Anzahl bisheriger Operationen	noch nie

Medikation	
Momentane Medikamenten-Einnahme	Ibuprofen 600, morgens und nachmittags
Frühere bereits Schmerzmittel eingenommen	Nein
Medikamenten-Allergie	Nein

Vorerkrankungen

Weitere Krankheiten	Ja
Bösartige Erkrankung, Tumorleiden, Krebs	Nein
Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks	Nein
Erkrankungen der Atemwege	Nein
Erkrankungen von Herz oder Kreislauf	Nein
Magen-, Darmerkrankungen	Nein
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauspeicheldrüse	Ja
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauspeicheldrüse	Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung
Beeinträchtigung im Alltag durch Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauspeicheldrüse	- nicht beantwortet -
Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane	Nein
Stoffwechsel-Erkrankungen	Ja
Stoffwechsel-Erkrankungen	Unterfunktion der Schilddrüse
Beeinträchtigung im Alltag durch Stoffwechsel-Erkrankungen	1 / 3
Hauterkrankung	Nein
Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems/des Bindegewebes	Nein
Seelisches Leiden	Nein
Risikofaktoren	Nein
Allergien	- nicht beantwortet -

Fragen zu Demographie und Versicherung

Geburtsname	Baum
PLZ	12345
Wohnort	Beispielstadt
Straße	Beispielstraße 10
Telefonnummer (privat)	12345678910
Telefonnummer (dienstlich)	12345678910
Handynummer	12345678910
E-Mail Adresse	beispiel@gmx.de
Entfernung Wohnung zur Praxis	2
Nationalität	Deutsch
Muttersprache	Deutsch
Überweisende/r Arzt/Ärztin	Herr Tanne, Waldstraße 15 in Forststadt
Kontaktdaten behandelnder Ärzte und Ärztinnen / PsychotherapeutInnen	/
Krankenversicherung ambulant	Krankenkasse
Geschäftsstelle	die weiß ich nicht
Krankenversicherung stationär	Krankenkasse

Beihilfe-Berechtigung	Nein
BG-Verfahren	Nein
Krankentagegeldversicherung	Ja
Zusatzversicherung	Nein
Haushaltsmitglieder	Ehepartner/in oder Lebenspartner/in
Schulausbildung	Fachhochschulreife
Berufsausbildung	Bankangestellte

Sozialrechtliche Situation

Berufstätig	ja
Zurzeit arbeitsunfähig	Nein
Arbeitsunfähige Tage in den letzten 3 Monaten	3 Tag(e)
Renten-Antrag beabsichtigt	Nein
Renten-Antrag gestellt, der noch nicht entschieden ist	Nein
Bezieht derzeit Rente	Nein
GdB	Nein
GdB beantragt	Nein

Lebensqualität (VR-12)

Allgemeiner Gesundheitszustand	gut	
Einschränkung bei mittelschweren Tätigkeiten	ja, stark eingeschränkt	!
Einschränkung beim Steigen mehrerer Treppenabsätze	ja, etwas eingeschränkt	
Hat weniger geschafft als gewollt	meistens	!
Konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen	meistens	!
Hat weniger geschafft als gewollt	immer	!
Konnte Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen	immer	!
Schmerzen beeinträchtigen Alltagstätigkeiten	ziemlich	!
Ruhig und gelassen	manchmal	
Voller Energie	manchmal	
Entmutigt und traurig	selten	
Beeinträchtigung bei sozialen Kontakten	manchmal	

Unterzeichnet von: Helene Baum

Angefordert: 4. März 2021 11:49

Beantwortet: 4. März 2021 12:00

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature is stylized and appears to be 'HB'.

Unterschrift erfasst mit
Idana Trusted Signature