

Schmerzfragebogen

Internationale Gesellschaft für Schmerz- und Triggerpunktmedizin IGTM e.V., Geschäftsstelle, Am Dreieck 14b, 53819 Neunkirchen
-Bitte den Fragebogen vollständig ausfüllen, damit der zertifizierte Therapeut Ihrer Wahl, diesen auswerten kann - Danke.

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------|----------|-------------|
| Nachname: | Vorname: | Titel: | Geb.-Datum: |
| Strasse: | PLZ: | Ort: | |
| Telefon (privat): | Telefon (geschäftl.): | Telefax: | |
| Krankenversicherung: | Beruf: | | |
| Wie haben Sie von uns erfahren? | | | |

| | Problem | Datum erste Symptome | Derzeitige Symptome |
|---|---------|----------------------|---------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |

Womit wurden Sie bisher behandelt?

Wie viele Ärzte oder Therapeuten haben Sie bisher aufgesucht? Anzahl:

Woran sind Sie bisher operiert worden?

1. _____ Wann? 2. _____ Wann?
3. _____ Wann? 4. _____ Wann?

Welche Unfälle hatten Sie?

1. _____ Wann? 2. _____ Wann?
3. _____ Wann? 4. _____ Wann?

Wie haben sich Ihre Beschwerden im Laufe der Zeit verändert?

Zu welchen Tageszeiten sind Ihre Beschwerden deutlich wahrnehmbar?

Welche Medikamente nehmen Sie?

Was lindert Ihre Beschwerden?

Was verstärkt Ihre Beschwerden?

In welchen Tätigkeiten werden Sie durch Ihre Beschwerden eingeschränkt?

Tragen Sie hier bitte die Intensität Ihrer Gesamtschmerzen ein.

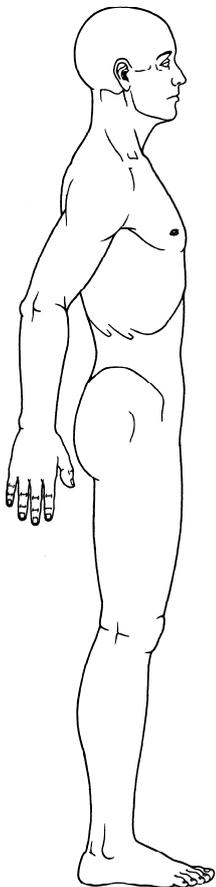
Markieren Sie bitte den Kreis, der Ihrer Schmerzintensität in der letzten Zeit am ehesten entspricht:

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | 0 = „kein Schmerz“, | | | 5= „Erträglichkeitsschwelle“, | | | 10=„stärkster vorstellbarer Schmerz“ | | | | | |
| | (bitte nur einen Kreis markieren) | | | | | | | | | | | |

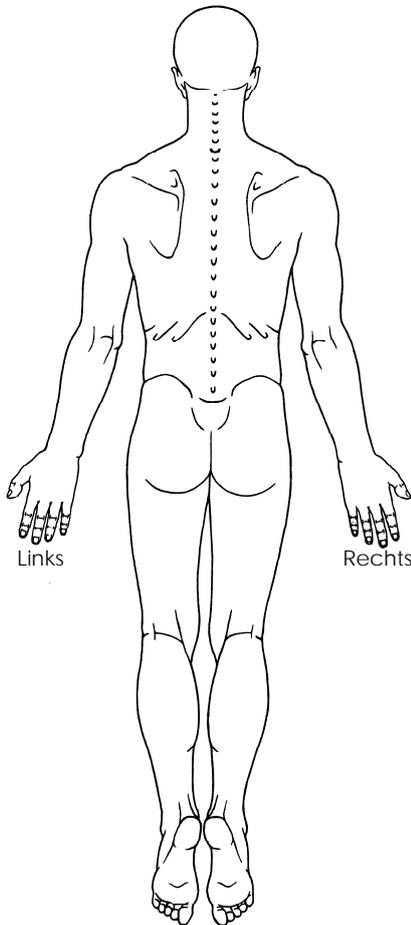
Bitte zeichnen Sie in diese Skizzen Ihr „Schmerzbild“ ein:

- Machen Sie ein Kreuz bei punktuellen Schmerzen X
- Machen Sie einen Pfeil bei ausstrahlenden Schmerzen →
- Machen Sie eine Schraffur bei diffusen Beschwerden //
- Wenn Sie Farbstifte benutzen, zeichnen Sie die für Sie schlimmsten Schmerzen in der Zeichnung zum Beispiel mit rot, die zweitschlimmsten mit blau und so weiter mit grün und gelb // // // //
- Bezeichnen Sie jeden Schmerzbezirk mit einer Zahl von 1 bis 10 nach der Intensität der letzten Tage (wie oben)

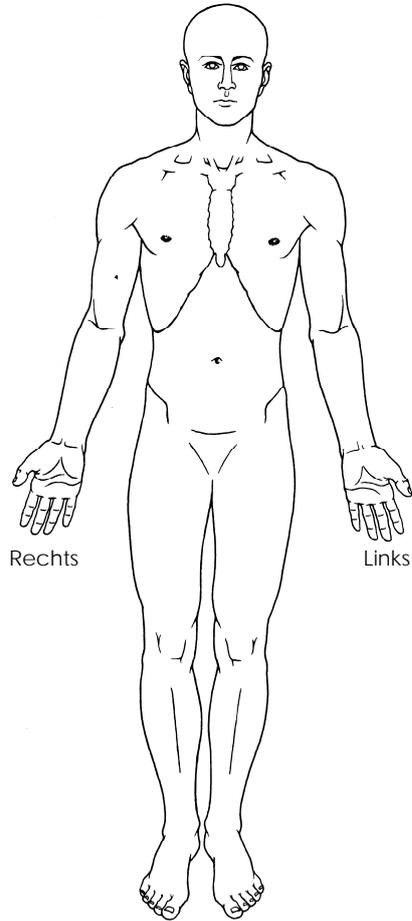
Rechte Seite



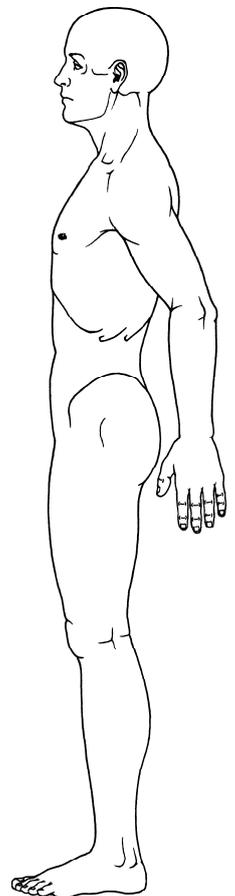
Rückseite



Vorderseite



Linke Seite



Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst genau mit Ihren eigenen Worten:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |