



FRAGEBOGEN ALLGEMEIN

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

Versicherungsstatus
(TK, DAK, BEK, Debeka, BKK etc.): _____

ALLGEMEINE FRAGEN:

1. Wie stark ist der Schmerz?
(0=kein Schmerz, 10=höchster Schmerz)

Jetzt im Augenblick (0-10):

Maximal im letzten Vierteljahr (0-10):

Durchschnittlich im letzten Vierteljahr:

Wie stark ist ein Schmerz, den Sie auf Dauer ertragen können?
(0=keine Schmerzen, 10= stärkste Schmerzen)



2. Wo haben Sie zur Zeit Schmerzen?

Bitte malen Sie ein Bild von Ihren Schmerzen so wie Sie sie spüren. Markieren Sie die Stelle mit dem stärksten Schmerz zusätzlich durch eine 1.

3. Wechselt die Stärke des Schmerzes?

- Nie (immer gleiche Schmerzen):
- Gelegentlich (mal starke, mal geringe Schmerzen):

4. Wie oft haben Sie Schmerzen?

- 1malig, dann vorübergehend
- unregelmäßig wiederkehren
- regelmäßig wiederkehrend
- anfallartig, plötzlich, überraschend
- einmalig täglich
- mehrmals täglich
- (fast) ununterbrochen, aber wechselnd in der Stärke
- (fast) ununterbrochen, ohne jede Schwankungen

anders als hier aufgeführt: _____

Machen Sie bitte auf der Linie ein Kreuz (x) so wie es für Sie zutrifft:

Ich habe
nie Schmerzen _____

Ich habe dauernd,
ohne Unterbrechung
Schmerzen.

5. Wann sind die Schmerzen am stärksten?

- Fröhorgens vor dem Aufstehen
- Morgens beim Aufstehen
- Im Laufe des Tages
- Nachmittags
- Abends
- Nachts
- Ständig
- Ich werde von den Schmerzen wach
- Die Schmerzen sind unabhängig von der Tageszeit



6. Was verstärkt oder lindert Ihre Schmerzen?

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz, so wie es allein für den Hauptschmerz zutrifft)

	verstärkt den Schmerz	hat keinen Einfluss auf den Schmerzen	lindert Schmerz
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhe, Liegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umherlaufen, Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Einlaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestimmte Bewegungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf drehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten, Niesen, Pressen, Lachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich zusammenkauern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zimmer verdunkeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Berührung, Streicheln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wetterwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannen, warmes Bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestimmte Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestimmte Situationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress und Ärger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wochenende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urlaub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablenkung mit angenehmen Dingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestimmte Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauen und Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meine Schmerzen sind durch nichts zu beeinflussen: stimmt genau stimmt nicht



7. Welcher Art sind Ihre Schmerzen?

(Beurteilen Sie Ihre Schmerzen so, wie sie in der letzten Zeit typisch gewesen sind.
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz und lassen Sie keine Aussage aus.)

Ich empfinde meine Schmerzen als

	stimmt	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt genau
bohrend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unerträglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beängstigend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ziehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klopfend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unangenehm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
krampfartig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gefährlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reißend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
quälend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausstrahlend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beklemmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pochend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beunruhigend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mörderisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brennend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drückend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stechend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scheußlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie und unter welchen Umständen haben Ihre Schmerzen begonnen?

(Können Sie sich noch an den Beginn erinnern? Bitte beschreiben Sie hier die Art und Weise sowie die Zeit, in der die Schmerzen begannen.)

Der Schmerz begann

plötzlich und unerwartet.

Allmählich, dann immer mehr.

9. Seit wann spüren Sie diese Schmerzen?

Seit ca. _____Jahren _____Monaten _____Wochen

Beginn im Jahr _____



10. Ich leide außerdem an

Bluthochdruck	Schlaflosigkeit	Blähungen
Herzerkrankungen	Stimmungswechsel	Übelkeit
Lungenerkrankungen	Kopfschmerzen	Durchfall
Zuckerkrankheit	Leistungsabfall	häufige Erkältungen
Rheuma	Schweißausbrüche	Bauchschmerzen
Gicht	Konzentrationsschwäche	Schwindelgefühl
Gewichtsabnahme	Angstgefühlen	Brustschmerzen
Lustlosigkeit	Müdigkeit/Mattigkeit	Ohnmachtsanfällen
Ungewollte Gewichtszunahme	Unruhe	Erbrechen
Depressionen	Kloßgefühl im Hals	Schwächegefühl

11. Wie sind Ihre Schmerzen behandelt worden? Was hat geholfen?

(Bitte nennen Sie auch Dinge, die Sie selbst unternommen haben und die vielleicht hier nicht aufgeführt sind.)

	wurde durchgeführt	lindert gut	lindert teilweise	kein Effekt	verstärkt Schmerz	nicht gemacht
Medikamente	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektionen, Spritzen	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnastik zu Hause	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirotherapie	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bäder und Packungen	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärmetherapie	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kältetherapie	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stromtherapie	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrotherapie	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TENS	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autogenes Training	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungstherapie	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biofeedback	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges (bitte ausführen): _____

12. Wer hat Ihre Schmerzen in den letzten zwei Jahren behandelt?

13. Haben Sie Ihren persönlichen Hausarzt gewechselt?

nein

ja in den letzten 2 Jahren mal.



14. Wie viele Ärzte, Heilpraktiker oder Therapeuten haben Sie in den letzten zwei Jahren wegen Ihrer Schmerzen aufgesucht?

	Zahl	Fachrichtung
In den letzten zwei Jahren war ich bei	_____	Allgemeinarzt/Ärztin
	_____	Internist/in
	_____	Orthopäde/in
	_____	Neurologe/in
	_____	Schmerztherapeut/in
	_____	Rheumatologe/in
	_____	Psychotherapeut/in
	_____	Heilpraktiker/in
	_____	Psychiater/in
	_____	Anästhesist/in
	_____	Urologe/in
	_____	HNO
_____	Gynäkologie	
_____	Heilpraktiker	

Vielen Dank für die ausführliche und genaue Beantwortung des Fragebogens im Sinne Ihrer Gesundheit und zur Optimierung der Diagnostik und Therapie auf schulmedizinischer und naturheilkundlicher Basis in unserer Praxis.

Weitere Fragen werden wir in einem persönlichen Gespräch ausführlich mit Ihnen erörtern.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Dr. med. Peter Weih samt Praxisteam!