



## 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?**

- Frühmorgens 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"/>
	stimmt genau	stimmt nicht	
Meine Schmerzen sind durch nichts zu beeinflussen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



### 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	Schweißausbrüchen	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 von _____ bis _____	lindert gut	lindert teilweise	kein Effekt	verstärkt Schmerz	nicht gemacht
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektionen, Spritzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnastik zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bäder und Packungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärme-, und/oder Kältetherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strom-, und/oder Elektrotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TENS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autogenes Training oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biofeedback	<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?**

In den letzten zwei Jahren war ich bei	Zahl	Fachrichtung
	_____	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!