

Schmerzfragebogen zur Endometriose (Endometriose- und Schmerz-Zentrum)

Sehr geehrte Patientinnen,

um die Endometriose besser verstehen und behandeln zu können, möchten wir Sie bitten, uns die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Es sollen alle Schmerzsituationen, die durch Endometriose entstehen können, erfasst werden. Daher ist der Fragebogen in vier Teile gegliedert:

1. Fragen zur allgemeinen Krankheitsgeschichte
2. Fragen zu zyklusabhängigen Beschwerden, d.h. Schmerzen die regelmäßig zu gleichen Zeiten während des Zyklus auftreten (das können z.B. Regelschmerzen oder Unterbauchschmerzen sein)
3. Fragen zu zyklusunabhängigen Beschwerden, die unregelmäßig auftreten und in keinem Zusammenhang mit dem Zyklus stehen
4. und allgemeine Fragen

Bitte beantworten Sie **alle** Fragen mit einer eindeutigen Angabe.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Team des Endometriose- und Schmerz-Zentrums der Charité.

Name, Vorname: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

E-mail: _____

Nehmen Sie zur Zeit Hormone?:

Name des Hormon-Präparats: _____

Einnahmemodus: zyklisch, Pause jeden / alle ____ Monate für _____ Tage
 non stop (ohne Pause)

Wenn sie keine Hormone nehmen: 1. Tag der letzten Blutung? _____

Schmerzanamnese

1. Fragen zum bisherigen Krankheitsverlauf:

- **Ist bei Ihnen Endometriose bereits diagnostiziert worden?**
 nein → weiter mit 2. Abschnitt (Seite 4)
 ja, wann?
 _____ (bitte Monat und Jahr angeben)

- **Seit wann bestehen Beschwerden durch Endometriose** _____

- **Sind Sie schon einmal wegen Endometriose operiert worden?**
 nein
 ja

Wann ?	Wo ?	Was wurde gemacht?

- **Haben die bisherigen Operationen zu einer Schmerzreduktion geführt? Bitte ankreuzen.**

	gar nicht	wenig	mittelmäßig	stark	sehr stark
1. OP	1	2	3	4	5
2. OP	1	2	3	4	5
3. OP	1	2	3	4	5
4. OP	1	2	3	4	5
5. OP	1	2	3	4	5

- **Haben sich die Schmerzen nach der Operation wieder verschlechtert?**
 nein ja

→ falls ja, wie viele Monate nach der Operation sind die Schmerzen wieder aufgetreten?

- **Sind Sie schon einmal wegen Endometriose hormonell behandelt worden (Pille, künstliche Wechseljahre)?**

nein

ja

Medikament	Wann? Von... bis...?	Verträglichkeit ?

- **Haben die bisherigen Hormontherapien zu einer Schmerzreduktion geführt?
Bitte ankreuzen.**

Medikament	gar nicht	wenig	mittelmäßig	stark	sehr stark
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Fragen zur aktuellen Situation:

2. Zyklusabhängige Schmerzen

Schmerzen, die regelmäßig zu gleichen Zeiten während des Zyklus auftreten

• Haben Sie zyklusabhängige Schmerzen?

- nein → weiter mit Abschnitt 3 (Seite 7)
- nein, da ich aufgrund der Hormoneinnahme keine Blutung habe
- ja (ohne Hormoneinnahme)
- ja (unter der Hormoneinnahme besteht kein klassischer Zyklus, es treten trotzdem regelmäßig Schmerzen auf)

Falls sie Hormone (z.B. Pille) nehmen:

- hatten sie ohne Hormone zyklusabhängige Schmerzen? ja nein
haben sich die Schmerzen durch die Einnahme gebessert? ja nein
haben sie trotz Pille eine schmerzhafte Blutung? ja nein

Falls sie keine Hormone nehmen

Wie häufig bluten Sie (=Tage zwischen den ersten Tagen der Blutung)? _____Tage
Wieviel Tage bluten Sie ? _____Tage

- Haben Sie **Regelschmerzen** (Schmerzen während der Blutung)? ja nein
An wie vielen Tagen der Regel? Tage
Bestehen diese Regelschmerzen seit Ihrer 1. Regel? ja nein
→ falls nein, wie alt waren Sie ? _____

• Wie fühlen sich die Schmerzen während der Blutung typischerweise an?

- attackenartig und einschließend
- dauerhaft und brennend
- dumpf und drückend
- ziehend
- krampfartig

• **Wie stark sind die Schmerzen während der Blutung?**

Markieren Sie bitte zunächst auf allen drei Schmerzskalen die Stärke Ihrer Schmerzen.

Typische Schmerzstärke:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen					10 = stärkster vorstellbarer Schmerz					

Maximale Schmerzen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen					10 = stärkster vorstellbarer Schmerz					

Welche Schmerzstärke wäre für Sie als Behandlungsziel ausreichend?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen					10 = stärkster vorstellbarer Schmerz					

- b) Haben Sie Unterbauchschmerzen, die an Tagen ohne Blutung regelmäßig zur gleichen Zeit im Zyklus auftreten?** ja nein
 An wie vielen Tagen im Monat?Tage
 → seit wann bestehen diese Schmerzen? _____
 Wann treten die Schmerzen im Verhältnis zur Blutung auf vor der Blutung
 während der Blutung
 nach der Blutung

Bitte markieren Sie die Tage mit Schmerzen, //////////////// = Blutung)

////////////////////

• Wie fühlen sich die zyklusabhängigen Unterbauchschmerzen typischerweise an?

- attackenartig und einschießend
- dauerhaft und brennend
- dumpf und drückend
- ziehend
- krampfartig

• Wie stark sind die zyklusabhängigen Unterbauchschmerzen?

Markieren Sie bitte nun auf allen drei Schmerzskalen die Stärke Ihrer zyklusabhängigen Unterbauchschmerzen.

Typische Schmerzstärke:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen								10 = stärkster vorstellbarer Schmerz		

Maximale Schmerzen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen								10 = stärkster vorstellbarer Schmerz		

Welche Schmerzstärke wäre für Sie als Behandlungsziel ausreichend?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen								10 = stärkster vorstellbarer Schmerz		

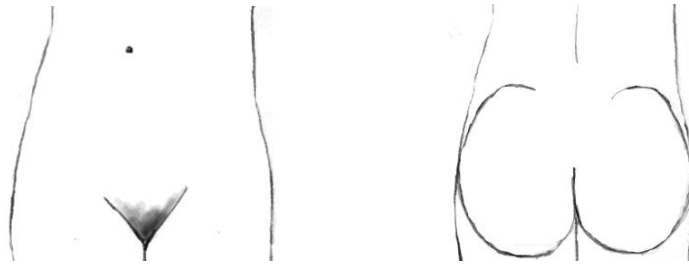
• Gehen die Regelschmerzen und zyklusabhängigen Unterbauchschmerzen mit anderen Beschwerden einher?

- Übelkeit ja nein
- Erbrechen ja nein
- Durchfälle ja nein
- Spannungs-Kopfschmerzen ja nein
- Migräne ja nein

andere:

- **Wo sind die zyklusabhängigen Schmerzen lokalisiert?**

Bitte **Regelschmerzen** schraffiert **///**
 Bitte **zyklusabhängigen Unterbauchschmerzen** kariert **#**
 Bitte Schmerzausstrahlungen mit Pfeilen **↗**



- **Wie stark werden Sie durch die zyklusabhängigen Schmerzen eingeschränkt?**

	Regelschmerz	Unterbauchschmerz
keine Einschränkungen		
geringe Einschränkungen		
an einem Tag im Monat teilweise bettlägerig		
an mehr als einem Tag im Monat bettlägerig		
keine Krankschreibung erforderlich		
hin und wieder eine Krankschreibung erforderlich		
regelmäßige Krankschreibungen erforderlich		

- **Wie oft benötigen Sie Schmerzmittel für den zyklusabhängigen Schmerz?**

niemals	selten	manchmal	oft	sehr oft
1	2	3	4	5

- **Welche Medikamente helfen Ihnen bei den zyklusabhängigen Schmerzen?**

Medikament	Dosis (in mg)	Anzahl der Einnahmetage monatlich	Wirkung			
			Gar keine	ausreichend	gut	sehr gut

- **Welche Medikamente haben Ihnen bei den zyklusabhängigen Schmerzen nicht geholfen?**

Medikament	Dosis (in mg)	Anzahl der Einnahmetage monatlich	Ursache:	
			wirkungslos	unverträglich

3. Zyklusunabhängige Schmerzen treten unregelmäßig auf und stehen in keinem Zusammenhang mit dem Zyklus (z.B. ständiger Dauerschmerz).

- Haben Sie zyklusunabhängige Unterbauchschmerzen?

nein → weiter mit Abschnitt 4 (Seite 13)

ja

An wie vielen Tagen im Monat?Tage
→ seit wann bestehen diese Schmerzen? _____

- Wie fühlen sich die zyklusunabhängigen Schmerzen typischerweise an?

attackenartig und einschließend

dauerhaft und brennend

dumpf und drückend

ziehend

krampfartig

- Wie stark sind die zyklusunabhängigen Schmerzen?

Markieren Sie bitte die Schmerzstärke der zyklusunabhängigen Schmerzen:

Typische Schmerzstärke:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen								10 = stärkster vorstellbarer Schmerz		

Maximale Schmerzstärke:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen								10 = stärkster vorstellbarer Schmerz		

Welche Schmerzstärke wäre für Sie als Behandlungsziel ausreichend?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen								10 = stärkster vorstellbarer Schmerz		

Geben Sie jetzt ihre momentane Schmerzstärke (beim Ausfüllen des Fragebogens) an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen								10 = stärkster vorstellbarer Schmerz		

- Wo sind diese zyklusunabhängigen Schmerzen lokalisiert?

Bitte zyklusunabhängige Schmerzen wellenförmig
 Bitte Schmerzausstrahlungen mit Pfeilen

AAAA
 ↗



Bitte machen Sie ein Kreuz hinter der Aussage, die am besten zutrifft:

Kein Schmerz	
Gelegentlich Unterbauchbeschwerden (1-5 Tage) ohne Schmerzmittelbedarf	
Gelegentlich Unterbauchbeschwerden (1-5 Tage) mit Schmerzmittelbedarf	
Häufige Unterbauchbeschwerden (5-10 Tage) ohne Schmerzmittelbedarf	
Häufige Unterbauchbeschwerden (5-10 Tage) mit Schmerzmittelbedarf	
Sehr häufige Unterbauchbeschwerden (10-20 Tage) ohne Schmerzmittelbedarf	
Sehr häufige Unterbauchbeschwerden (10-20 Tage) mit Schmerzmittelbedarf	
Unterbauchbeschwerden nahezu während des gesamten Zyklus (> 20 Tage) ohne Schmerzmittelbedarf	
Unterbauchbeschwerden nahezu während des gesamten Zyklus (> 20 Tage) mit Schmerzmittelbedarf	

- **Wie oft benötigen Sie Schmerzmittel für den zyklusunabhängigen Schmerz?**

niemals	selten	manchmal	oft	sehr oft
1	2	3	4	5

- **Welche Medikamente helfen Ihnen gegen die zyklusunabhängigen Schmerzen?**

Medikament	Dosis (in mg)	Anzahl der Einnahmetage monatlich	Wirkung			
			Gar keine	ausreichend	gut	sehr gut

- Welche Medikamente haben Ihnen bei den zyklusunabhängigen Schmerzen nicht geholfen?

Medikament	Dosis (in mg)	Anzahl der Einnahmetage monatlich	Ursache: wirkungslos	Ursache: unverträglich

4. Weitere Beschwerden/Schmerzen

- **Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?**

- ja nein

Sind die Schmerzen zyklusabhängig? ja nein

Wo genau sind diese Schmerzen?

Bestehen Schmerzen beim tiefen Eindringen? ja nein

Bestehen Schmerzen am Scheideneingang? ja nein

Sind die Schmerzen stellungsabhängig? ja nein

Treten Schmerzen nach dem Geschlechtsverkehr auf? ja nein

Sind die Schmerzen auch nach dem Geschlechtsverkehr anhaltend? ja nein

Wenn ja, wie lange halten die Schmerzen an?

Vermeiden Sie Geschlechtsverkehr wegen der Schmerzen? ja nein

Führen Schmerzen zum Abbruch des Geschlechtsverkehrs? ja nein

Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Beschwerden Ihre Partnerschaft belastet? ja nein

Ist Ihre Sexualität durch Schmerzen eingeschränkt?

niemals	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
1	2	3	4	5

- **Wie stark sind die Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?**

Markieren Sie bitte zunächst auf allen drei Schmerzskalen die Stärke Ihrer Schmerzen.

Typische Schmerzstärke:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen						10 = stärkster vorstellbarer Schmerz				

Maximale Schmerzen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen						10 = stärkster vorstellbarer Schmerz				

Welche Schmerzstärke wäre für Sie als Behandlungsziel ausreichend?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen vorstellbarer						10 = stärkster Schmerz				

Haben sie Schmerzen beim Stuhlgang?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> während der Regelblutung
	<input type="checkbox"/> an blutungsfreien Tagen
Bitte beschreiben Sie die Schmerzen (wo?, Art der Schmerzen?,...)! _____ _____	

- **Wie stark sind die Schmerzen beim Stuhlgang?**

Markieren Sie bitte zunächst auf allen drei Schmerzskalen die Stärke Ihrer Schmerzen.

Typische Schmerzstärke:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen						10 = stärkster vorstellbarer Schmerz				

Maximale Schmerzen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen						10 = stärkster vorstellbarer Schmerz				

Welche Schmerzstärke wäre für Sie als Behandlungsziel ausreichend?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen vorstellbarer						10 = stärkster Schmerz				

Haben sie Schmerzen beim Wasserlassen?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> während der Regelblutung
	<input type="checkbox"/> an blutungsfreien Tagen
Bitte beschreiben Sie die Schmerzen (wo?, Art der Schmerzen?,...)! _____ _____	

- **Wie stark sind die Schmerzen beim Wasser lassen?**

Markieren Sie bitte zunächst auf allen drei Schmerzskalen die Stärke Ihrer Schmerzen.

Typische Schmerzstärke:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen						10 = stärkster vorstellbarer Schmerz				

Maximale Schmerzen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen						10 = stärkster vorstellbarer Schmerz				

Welche Schmerzstärke wäre für Sie als Behandlungsziel ausreichend?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Keine Schmerzen vorstellbarer						10 = stärkster Schmerz				

• **Haben Sie noch andere Schmerzen ?**

nein

ja → Wo genau? _____

• **Haben Sie noch andere gesundheitliche Probleme?**

nein

ja → Welche genau? _____

• **Müssen Sie aufgrund gesundheitlicher Probleme Medikamente einnehmen?**

nein

ja → Welche genau? _____

• **Fragen zum Kinderwunsch:**

Waren sie schon einmal schwanger?

ja wie oft? _____ nein

Haben sie Kinder?

ja wie viele? _____ nein

Wenn ja, wie war der Geburtsmodus?

vaginale Geburt Kaiserschnitt

Hatten sie Fehlgeburten?

ja wie viele? _____ nein

Hatten sie Schwangerschaftsabbrüche

ja wie viele? _____ nein

Haben Sie unerfüllten Kinderwunsch?

nein

ja → Seit wann? _____

→ Wurde bereits weitere Diagnostik oder eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt? Was genau? _____

5. Allgemeine Fragen

Welcher ist Ihr höchster Schulabschluss?

- a) kein Schulabschluss
- b) Sonderschulabschluss
- c) Haupt- bzw. Volksschulabschluss
- d) Polytechnische Oberschule
- e) Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- f) Fachschulabschluss
- g) Fachhochschulreife
- h) Allgemeine Hochschulreife (Abitur)

Welcher ist Ihr höchster Ausbildungs-Abschluss?

- i) keine abgeschlossene Ausbildung
- j) im Beruf angelernt (Arbeiter)
- k) Facharbeiter-Abschluss (Lehre / Ausbildung).....
- l) Fachschul-Abschluss
- m) Fachhochschul-Abschluss (FH).....
- n) Hochschul-Abschluss (Universität)

Welcher Tätigkeit gehen Sie nach?

- o) Ausbildung / Studium
- p) Hausfrau / Mutter
- q) Teilzeitarbeit / (Mini-) Job(s)
- r) (Vollzeit-) Berufstätigkeit
- s) Arbeitslosigkeit / ABM
- t) Arbeitsunfähigkeit
- u) Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Berentung.....
- v) (Vor-)Ruhestand / Alters-Berentung

Welchen Beruf üben Sie zur Zeit aus?

Müssten sie ihre berufliche Laufbahn/Ausbildung aufgrund von Endometriosebeschwerden
abbrechen oder ändern? ja nein

Welche Aussage(n) treffen auf Sie zu?

		selten	manchmal	öfters	meistens
1.	Ich habe oft Einschlafstörungen.				
2.	Ich habe oft das Gefühl einer inneren Unruhe.				
3.	Ich wache oft schon am sehr frühen Morgen auf.				
4.	Ich komme vor mittags kaum in die Gänge.				
5.	Ich muss oft weinen.				
6.	Für Dinge, die mich früher interessiert haben, habe ich seit einiger Zeit kein Interesse mehr.				
7.	Ich habe (zeitweise) ein Gefühl der Ängstlichkeit, ohne, dass ich weiß warum.				
8.	In (Tag-)Träumen erlebe ich bestimmte schlimme Situationen immer wieder.				
9.	In der Vergangenheit gab es einige schlimme Erlebnisse.				
10.	Ich kann mit Schmerz allein umgehen.				
11.	Ich kann mit allgemeinen Lebensproblemen gut umgehen.				
12.	Der Schmerz nimmt bei Stress oder emotionaler Belastung zu.				

Auf der folgenden Seite finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **jetzt**, d.h. **in diesem Moment** fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren **augenblicklichen** Gefühlszustand am besten beschreibt.

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz und lassen Sie bei der Beantwortung keine Aussage aus.

		Fast nie	manch mal	oft	fast immer
1.	Ich bin ruhig.	1	2	3	4
2.	Ich fühle mich geborgen.	1	2	3	4
3.	Ich fühle mich angespannt.	1	2	3	4
4.	Ich bin bekümmert.	1	2	3	4
5.	Ich bin gelöst.	1	2	3	4
6.	Ich bin aufgeregt.	1	2	3	4
7.	Ich bin besorgt, dass etwas schief gehen könnte.	1	2	3	4
8.	Ich fühle mich ausgeruht.	1	2	3	4
9.	Ich bin beunruhigt.	1	2	3	4
10.	Ich fühle mich wohl.	1	2	3	4
11.	Ich fühle mich selbstsicher.	1	2	3	4
12.	Ich bin nervös.	1	2	3	4
13.	Ich bin zappelig.	1	2	3	4
14.	Ich bin verkrampft.	1	2	3	4
15.	Ich bin entspannt.	1	2	3	4
16.	Ich bin zufrieden.	1	2	3	4
17.	Ich bin besorgt.	1	2	3	4
18.	Ich bin überreizt.	1	2	3	4
19.	Ich bin froh.	1	2	3	4
20.	Ich bin vergnügt.	1	2	3	4

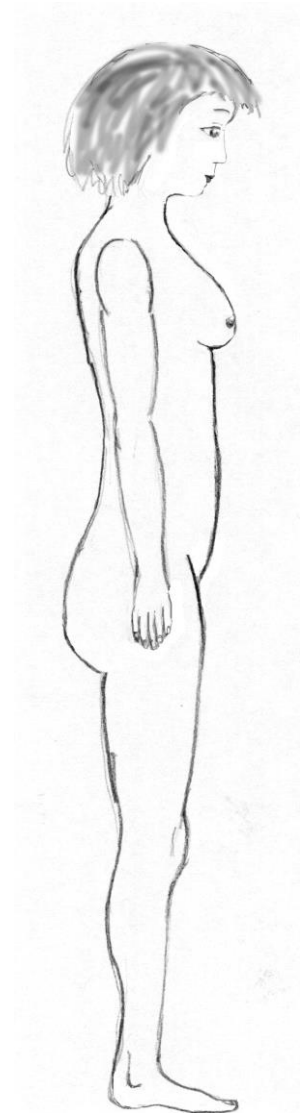
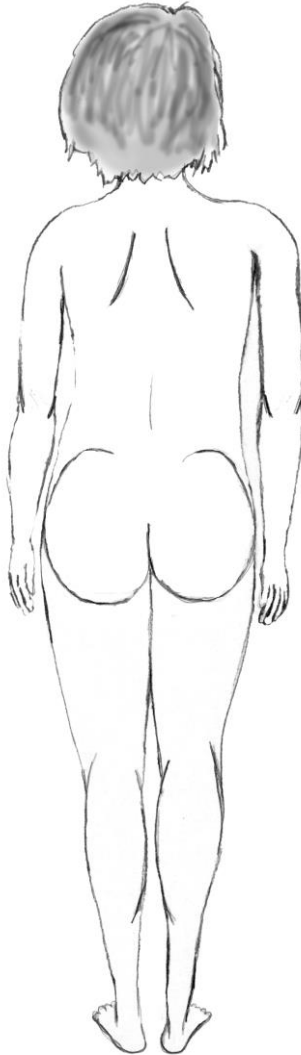
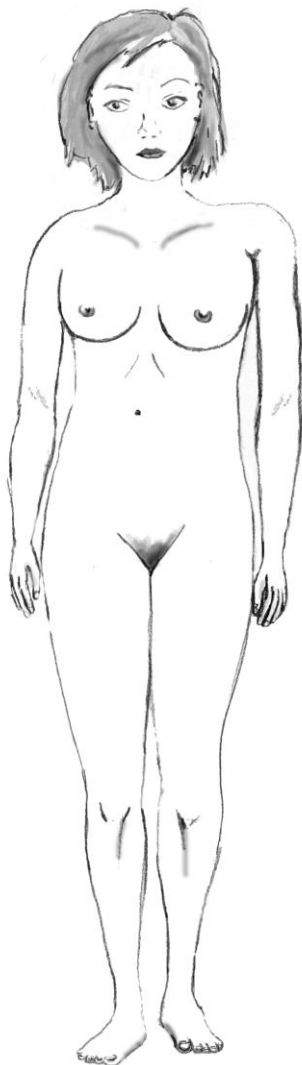
Auf der folgenden Seite finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **im allgemeinen** fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich **im allgemeinen** fühlen.

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz und lassen Sie bei der Beantwortung keine Aussage aus.

		Fast nie	manch mal	oft	fast immer
21.	Ich bin vergnügt.	1	2	3	4
22.	Ich werde schnell müde.	1	2	3	4
23.	Mir ist zum Weinen zumute.	1	2	3	4
24.	Ich glaube, mir geht es schlechter als anderen Leuten.	1	2	3	4
25.	Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann.	1	2	3	4
26.	Ich fühle mich ausgeruht.	1	2	3	4
27.	Ich bin ruhig und gelassen.	1	2	3	4
28.	Ich glaube, dass mir meine Schwierigkeiten über den Kopf wachsen.	1	2	3	4
29.	Ich mache mir zuviel Gedanken über unwichtige Dinge.	1	2	3	4
30.	Ich bin glücklich.	1	2	3	4
31.	Ich neige dazu, alles schwer zu machen.	1	2	3	4
32.	Mir fehlt es an Selbstvertrauen.	1	2	3	4
33.	Ich fühle mich geborgen.	1	2	3	4
34.	Ich mache mir Sorgen, über mögliches Mißgeschick.	1	2	3	4
35.	Ich fühle mich niedergeschlagen.	1	2	3	4
36.	Ich bin zufrieden.	1	2	3	4
37.	Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich.	1	2	3	4
38.	Enttäuschungen nehme ich so schwer, dass ich sie nicht vergessen kann.	1	2	3	4
39.	Ich bin ausgeglichen.	1	2	3	4
40.	Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke.	1	2	3	4

**Bitte markieren Sie die Körperregionen, in denen Sie Schmerz empfinden:
Benutzen Sie verschiedene Schraffuren um verschiedene Beschwerdearten deutlich
zu machen.**

**Wie fühlen sich die Schmerzen an (kontinuierlich brennend, einschließend, dumpf,
drückend, ziehend, stechend)?**



Kommentare:

Die nachfolgenden Aussagen dienen der näheren Beschreibung Ihrer Schmerzempfindung. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, ob die vorgegebene Empfindung für Ihre Schmerzen stimmt. Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

4 = trifft genau zu, 3 = trifft weitgehend zu, 2 = trifft ein wenig zu, 1 = trifft nicht zu.

▶ Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die für Sie am besten zutrifft. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz und lassen Sie bei der Beantwortung keine Aussage aus. Beziehen Sie sich bei der Beurteilung bitte auf die typischen Schmerzen der letzten ca. 3 Monate.

		trifft genau zu	trifft weit- gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
1.	Ich empfinde meine Schmerzen als quälend	4	3	2	1
2.	Ich empfinde meine Schmerzen als grausam	4	3	2	1
3.	Ich empfinde meine Schmerzen als erschöpfend	4	3	2	1
4.	Ich empfinde meine Schmerzen als heftig	4	3	2	1
5.	Ich empfinde meine Schmerzen als mörderisch	4	3	2	1
6.	Ich empfinde meine Schmerzen als elend	4	3	2	1
7.	Ich empfinde meine Schmerzen als schauderhaft	4	3	2	1
8.	Ich empfinde meine Schmerzen als scheußlich	4	3	2	1
9.	Ich empfinde meine Schmerzen als schwer	4	3	2	1
10.	Ich empfinde meine Schmerzen als entnervend	4	3	2	1
11.	Ich empfinde meine Schmerzen als marternd	4	3	2	1
12.	Ich empfinde meine Schmerzen als furchtbar	4	3	2	1
13.	Ich empfinde meine Schmerzen als unerträglich	4	3	2	1
14.	Ich empfinde meine Schmerzen als lähmend	4	3	2	1
15.	Ich empfinde meine Schmerzen als schneidend	4	3	2	1
16.	Ich empfinde meine Schmerzen als klopfend	4	3	2	1
17.	Ich empfinde meine Schmerzen als brennend	4	3	2	1
18.	Ich empfinde meine Schmerzen als reißend	4	3	2	1
19.	Ich empfinde meine Schmerzen als pochend	4	3	2	1
20.	Ich empfinde meine Schmerzen als glühend	4	3	2	1
21.	Ich empfinde meine Schmerzen als stechend	4	3	2	1
22.	Ich empfinde meine Schmerzen als hämmernd	4	3	2	1
23.	Ich empfinde meine Schmerzen als heiß	4	3	2	1
24.	Ich empfinde meine Schmerzen als durchstoßend	4	3	2	1

Die folgenden sieben Fragen sollen den Grad der Einschränkung beschreiben, den Sie in einigen Aspekten Ihres Lebens durch Ihre Schmerzen erfahren.

▸ In anderen Worten ausgedrückt: Wir möchten gerne wissen, wie stark Ihre Schmerzen Sie davon abhalten, die Dinge zu tun, die Sie normalerweise tun würden. Gemeint ist die typische Beeinträchtigung Ihres Lebens und nicht nur die Beeinträchtigung in Momenten, in denen die Schmerzen gerade am schlimmsten sind. Kreuzen Sie bitte die entsprechende Zahl an.

0 = keinerlei Einschränkung, 10 = schmerzbedingt völlige Verhinderung von Aktivität

Frage 1 "Familiäre und häusliche Verpflichtungen"

Diese Frage bezieht sich auf Aktivitäten "zu Hause" und in der Familie. Es geht um Haushaltsarbeiten, Gartenarbeit, Einkaufen, die Kinder zur Schule bringen und ähnliches:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Einschränkung					völlig unmöglich					

Frage 2 "Erholung"

Diese Frage meint Hobbies, Sport und ähnliches:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Einschränkung					völlig unmöglich					

Frage 3 "soziale Aktivitäten"

Diese Frage bezieht sich auf Freunde und Bekannte, auf das "Ausgehen" zu Feiern, ins Theater, Restaurant usw.:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Einschränkung					völlig unmöglich					

Frage 4 "Beruf"

Diese Frage bezieht sich auf alle beruflichen Aktivitäten:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Einschränkung					völlig unmöglich					

Frage 5 "Sexualleben"

Diese Frage meint, inwieweit Ihr Sexualleben durch die Schmerzen behindert wird:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Einschränkung					völlig unmöglich					

Frage 6 "Selbstversorgung"

Diese Frage meint tägliche Tätigkeiten wie z.B. duschen, Autofahren, sich anziehen usw.:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Einschränkung					völlig unmöglich					

Frage 7 "Lebensnotwendige Tätigkeiten"

Diese Frage bezieht sich auf lebenswichtige Tätigkeiten wie z.B. essen, schlafen, atmen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Einschränkung					völlig unmöglich					

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht bzw. entsprochen hat.

	Während der letzten Woche...	selten (< 1 Tag)	manchmal (1-2 Tage)	öfters (3-4 Tage)	meistens (5-7 Tage)
1.	haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen				
2.	hatte ich kaum Appetit				
3.	konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie aufzumuntern versuchten				
4.	kam ich mir genauso gut vor wie andere				
5.	hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren				
6.	war ich deprimiert/niedergeschlagen				
7.	war alles anstrengend für mich				
8.	dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft				
9.	dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag				
10.	hatte ich Angst				
11.	habe ich schlecht geschlafen				
12.	war ich fröhlich gestimmt				
13.	hab ich weniger als sonst geredet				
14.	fühlte ich mich einsam				
15.	waren die Leute unfreundlich zu mir				
16.	habe ich das Leben genossen				
17.	musste ich weinen				
18.	war ich traurig				
19.	hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können				
20.	konnte ich mich zu nichts aufraffen				

Bitte füllen Sie diese Beschwerdenliste sorgfältig aus. Machen Sie ein Kreuz in eine der vier Spalten rechts entsprechend der Stärke Ihrer Beschwerden. Beantworten Sie alle Punkte, lassen Sie keinen aus!

Ich leide unter folgenden Beschwerden:	stark	mäßig	kaum	gar nicht
Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals				
Kurzatmigkeit				
Schwächegefühl				
Schluckbeschwerden				
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust				
Druck oder Völlegefühl im Leib				
Mattigkeit				
Übelkeit				
Sodbrennen oder saures Aufstoßen				
Reizbarkeit				
Grübeleien				
Starkes Schwitzen				
Kreuz- oder Rückenschmerzen				
Innere Unruhe				
Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen				
Unruhe in den Beinen				
Überempfindlichkeit gegen Wärme				
Überempfindlichkeit gegen Kälte				
Übermäßiges Schlafbedürfnis				
Schlaflosigkeit				
Schwindelgefühl				
Zittern				
Nacken- oder Schulterschmerzen				
Gewichtsabnahme				