Fragebogen Schmerztherapie

Christiane Klein
Privatpraxis für Allgemeinmedizin

1.) Wegen welcher Schmerzen kommen Sie heute?

- ◯ Schulter- Nackenschmerzen
- ◯ Kreuz-Rückenschmerzen
- ◯ Gelenkschmerzen
- ◯ Kopfschmerzen
- ◯ Unterleibschmerzen
- ◯ Ganzkörperschmerzen
- ◯ andere Schmerzen _____

2.) Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?

◯ 1-2 Tage ◯ 3-7 Tage ◯ 2-4 Wochen ◯ 2-6 Monate ◯ länger

3.) Behandeln Sie Ihre Schmerzen medikamentös?

- ◯ Nein
- ◯ Ja - womit: _____

4.) Welche Schmerzlinderung haben Sie durch die Medikamente erreicht?

◯ vollständig ◯ mittelmäßig ◯ ungenügend

5.) Wie ist die Verträglichkeit der eingenommenen Medikamente?

◯ sehr gut ◯ befriedigend ◯ mangelhaft

6.) Wurde bereits einmal ein Schmerzmedikament nicht vertragen?

- ◯ Nein
- ◯ Ja - welches: _____

7.) Rauchen Sie regelmäßig?

◯ Nein ◯ Ja

8.) Benötigen/nehmen Sie aktuell regelmäßig Medikamente?

- ◯ Nein
- ◯ Ja - welche: _____

9.) Welche Medikamente nehmen Sie aktuell regelmäßig?

- ☐ niedrig dosierte Acetylsalicylsäure (ASS)
- ☐ Schmerzmedikamente
- ☐ Antidepressiva
- ☐ Gerinnungshemmstoffe
- ☐ Lipidsenker
- ☐ Bluthochdruckmedikamente
- ☐ Kortison

10.) Nehmen Sie andere Medikamente als die oben genannten?

_____

11.) Schmerzskala zur Ermittlung der Schmerzstärke:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wert ablesen + eintragen	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯