

Tagesklinik für Fibromyalgie
Muskuloskelettales Universitätszentrum München
Orthopädie, Unfallchirurgie & Rehabilitative Medizin
LMU Klinikum Innenstadt, Ziemssenstraße 5, 80336 München

Direktion
Prof. Dr. med. B. Holzpfel
PhD., FEBOT
Direktor

Prof. Dr. med. Wolfgang Böcker
Geschäftsführender Direktor

Kontakt
Dr. med. Andreas Winkelmann
Leitung Physikalische und Rehabilitative
Medizin
Tel. +49 89 4400-52495/ -52425
Fax +49 89 4400-54434/ -52387

E-Mail: FMTK_Sekretariat@med.uni-muenchen.de
www.lmu-klinikum.de

www.mum-lmu.de



Terminvergabe Arzttermin bei Schmerzen in vielen Körperregionen

Datum
..... 2023

Sehr geehrte(r) Frau / Herr

Sie haben sich mit kompletten Ausfüllen und Versenden des beiliegenden Fragebogens bei uns zur Schmerzdiagnostik mit Erstellung eines Therapiekonzeptes angemeldet. Da Schmerzen als Symptom vielfältiger Erkrankungen – auch ohne erklärbare Ursache – auftreten können, muss jedes Schmerzproblem ganz individuell untersucht und bewertet werden. Um Ihnen in Ihrem besonderen Fall möglichst wirksam helfen zu können, bitten wir Sie, vor einem Vorstellungstermin in unserer Klinik folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

Besorgen Sie sich bitte die Unterlagen über bisher durchgeführte Untersuchungen, bzw. Behandlungsmaßnahmen (Erkrankungen, Operationen, stationäre Krankenhausbehandlungen, usw.) die zum Verständnis Ihrer Schmerzen bzw. Ihrer persönlichen Lage erforderlich sind.

Ohne die vorherige Zusendung Ihrer kopierten und zeitlich geordneten medizinischen Unterlagen und des genau ausgefüllten Fragebogens, können wir Ihnen keinen Termin geben! Röntgenbilder bitte nicht zuschicken, sondern erst zum Termin mitbringen!

Erst nach Durchsicht Ihrer Befunde geben wir Ihnen schriftlich oder telefonisch einen Termin. Untersuchungen und Behandlungen können nur ambulant/ teilstationär durchgeführt werden.

Senden Sie Ihre Unterlagen bitte an folgende Adresse:

Tagesklinik für Fibromyalgie
Muskuloskelettales Universität Zentrum München, Klinikum der Universität München
Ziemssenstr. 5
80336 München

Vorstand

Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. Markus M. Lerch
(Vorsitz)

Kaufmännischer Direktor:
Markus Zendler

Pflegedirektor (komm.):
Alfred Holderied

Vertreter der Medizinischen Fakultät:
Prof. Dr. med. Thomas Gudermann
(Dekan)

Institutionskennzeichen:
260 914 050

Umsatzsteuer-ID:
DE813536017

Das Klinikum der Universität München ist eine Anstalt des Öffentlichen Rechts

Haben Sie bitte Verständnis, wenn Wartezeiten entstehen. Sie sind aufgrund vieler Anfragen und nur begrenzter personeller Voraussetzungen unvermeidlich.

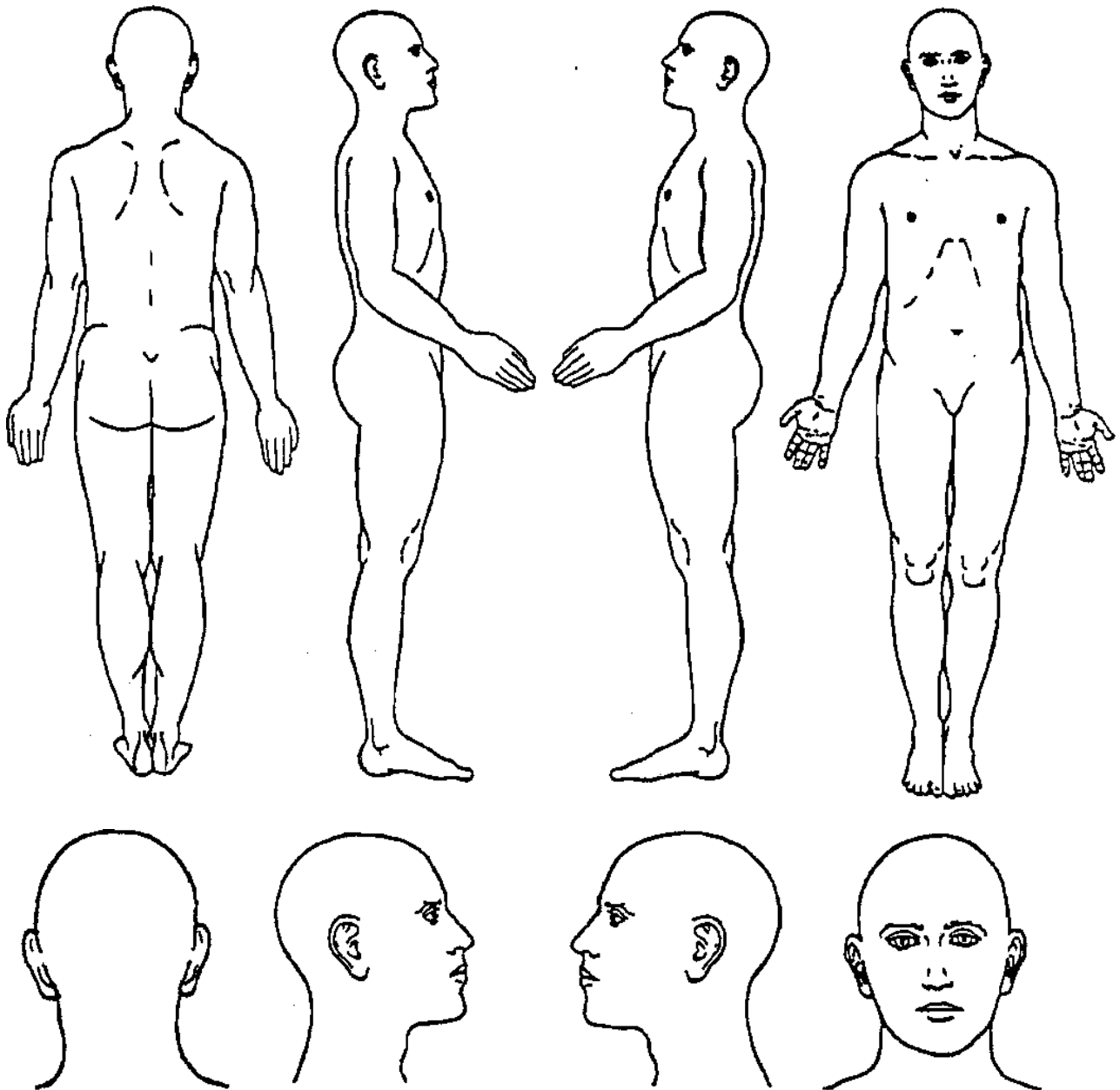
Mit freundlichen Grüßen,
Team der Tagesklinik für Fibromyalgie mit
Dr. med. Andreas Winkelmann, Leiter der Tagesklinik für Fibromyalgie



Endoprothetikzentrum
der Maximalversorgung

18. Malen Sie bitte in den nachfolgenden Körperschemata ein, wo Sie überall Schmerzen haben.

Bitte kennzeichnen Sie das ganze Schmerzgebiet (durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber bzw. durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern etc.), damit wir wirklich wissen, wo Sie überall Schmerzen haben.



HABEN SIE AUCH WIRKLICH ALLE SCHMERZORTE EINGEZEICHNET ?



**Die Fragen 21 – 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen
(Frage 21)**

Nachdem Sie in den bisherigen Fragen Angaben zu allen Schmerzorten gemacht haben, bitten wir Sie nun sich auf den Hauptschmerz (Siehe Frage 21) festzulegen. Die Fragen 22 bis 34 können von uns nur dann richtig beurteilt werden, wenn sich Ihre Angaben auf Ihren Hauptschmerz (Frage 21) beziehen.

**21. Kreuzen Sie jetzt bitte bei dieser Frage ausschließlich Ihren Hauptschmerz
an. Legen Sie sich dabei auf einen Hauptschmerz fest.**

	links	rechts	mitte
00 Mund/ Gesicht/ Kopf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Hals-/ Nackenbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Schulter/ Arm/ Hand.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Brustkorb/ obere Rückenhälfte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Bauchbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 untere Rückenhälfte/ Gesäß.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 Hüfte/ Bein/ Fuß.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70 Beckenbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80 Geschlechtsorgane/ After.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90 mehrere Gelenke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91 gesamter Körper.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Wo fühlen Sie Ihren Hauptschmerz? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- in der Tiefe.....
- oberflächlich (in der Haut, in der Schleimhaut).....
- außerhalb des Körpers (z.B. im Phantomglied).....

23. Wechselt Ihr Hauptschmerz oft die Seite? Ja nein

24. Seit wann bestehen Ihre Hauptschmerzen? Datum:
Tag Monat Jahr

25. Litt oder leidet in Ihrer Familie jemand an ähnlichen Schmerzen? Ja nein

wenn ja, an welchen: _____

Die Fragen 21 – 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen

26. Die nachfolgenden Aussagen beschreiben die Schmerzempfindung genauer. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit 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

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 bei der Beantwortung keine Aussage aus.

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
ich empfinde meine Schmerzen als quälend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als grausam	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als erschöpfend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als heftig	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als mörderisch	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als elend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als schauerhaft	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als scheußlich	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als schwer	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als entnervend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als marternd	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als furchtbar	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als unerträglich	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als lähmend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als schneidend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als klopfend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als brennend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als reißend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als pochend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als glühend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als stechend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als hämmernd	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als heiß	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als durchstoßend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als dumpf	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als drückend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als ziehend	④	③	②	①
ich empfinde meine Schmerzen als pulsierend	④	③	②	①



Die Fragen 21 – 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen Seite 7/31

27. Wie häufig treten Ihre Hauptschmerzen auf? (Bitte nur eine Angabe machen)

- wenige Male pro Jahr.....
- wenige Male pro Monat.....
- mehrmals pro Woche.....
- einmal täglich.....
- mehrmals täglich.....
- meine Schmerzen sind dauernd vorhanden.....

28. Welche Aussage trifft auf Ihre Hauptschmerzen zu?

(Bitte nur eine Angabe machen)

- Meine Schmerzen treten nur anfallsweise auf,
dazwischen bin ich schmerzfrei.....
- Meine Schmerzen sind dauernd vorhanden.....
- Meine Schmerzen sind andauernd vorhanden,
aber zusätzlich treten Schmerzanfälle auf.....

29. Falls Sie einzelne Schmerzanfälle haben, geben Sie bitte an, wie lange üblicherweise ein Anfall dauert. (Bitte nur eine Angabe machen)

- Sekunden.....
- Minuten.....
- Stunden.....
- Tage.....
- länger als 1 Woche.....

30. Bitte geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Hauptschmerzen an. Kreuzen Sie bitte an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden. Ein Wert von 0 bedeutet dabei, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind.

1. Geben Sie zunächst Ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
kein										stärkster
Schmerz										vorstellbarer Schmerz

2. Geben Sie jetzt bitte Ihre größte Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
kein										stärkster
Schmerz										vorstellbarer Schmerz



Die Fragen 21 – 34 beziehen sich ausschließlich auf Ihre Hauptschmerzen Seite 8/31

3. Geben Sie jetzt bitte Ihre geringste Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

4. Geben Sie jetzt bitte Ihre momentane Schmerzstärke (beim Ausfüllen des Fragebogens) an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

5. Geben Sie jetzt bitte an, welche Schmerzstärke für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich wäre:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

31. Geben Sie bitte an, ob sich die Stärke Ihrer Schmerzen verändern kann. (nur eine Angabe machen).

- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt häufig (z.B. mehrmals täglich).....
- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt gelegentlich (z.B. wenige Male pro Woche).....
- Die Stärke meiner Schmerzen wechselt niemals.....

32. Auf welche Ursache führen Sie Ihren Hauptschmerz zurück?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

- auf Krankheit.....
- auf Operation.....
- auf Unfall.....
- auf körperliche Belastung.....
- auf seelische Belastung.....
- auf Vererbung.....
- auf eine andere Ursache:.....
- für mich ist keine Ursache erkennbar

33. Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste an, wie sich die genannten Bedingungen auf Ihre Hauptschmerzen auswirken. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz; wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

	lindernd	kein Einfluß	ver- stärkend
Körperliche Belastung (z.B. Treppen gehen, Lasten heben, Tragen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Belastung (z.B. Stress, Ärger, Aufregung).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einseitige Körperhaltung (z.B. längeres Sitzen, Stehen, Gehen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiger Lagewechsel, Bewegung, Herumlaufen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich ausruhen, hinlegen, ruhig halten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Schmerzen sind durch nichts zu beeinflussen!		stimmt nicht <input type="checkbox"/>	stimmt <input type="checkbox"/>

34. Bitte kreuzen Sie an, welche Begleiterscheinungen zusammen mit Ihren Hauptschmerzen auftreten. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz, wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

	immer	häufig	gelegent- lich	nie
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichtempfindlichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräuschempfindlichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen, wie z.B. Flimmern vor den Augen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwellung und/ oder Rötung im Schmerzgebiet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit der Haut im Schmerzgebiet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es treten keine Begleiterscheinungen zusammen mit meinen Hauptschmerzen auf		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	



35. Wurden Sie wegen aller Ihrer Schmerzen schon einmal operiert? ja nein

Art der Operation:

Datum:

Dauer der Schmerzlinderung (in Monaten):

Seite 10/31

1. _____ |__|_|__|_|__|_| |__|_|

2. _____ |__|_|__|_|__|_| |__|_|

3. _____ |__|_|__|_|__|_| |__|_|

4. _____ |__|_|__|_|__|_| |__|_|

Tag Monat Jahr

wenn mehr als 4 Schmerzoperationen: _____ mal operiert

36. Wurden bei Ihnen andere, nicht schmerzbezogene Operationen durchgeführt? ja nein

Art der Operation:

Datum:

1. _____ |__|_|__|_|__|_|

2. _____ |__|_|__|_|__|_|

3. _____ |__|_|__|_|__|_|

4. _____ |__|_|__|_|__|_|

5. _____ |__|_|__|_|__|_|

6. _____ |__|_|__|_|__|_|

Tag Monat Jahr

37. Haben Sie Unfälle gehabt? ja nein

wenn ja:

Datum:

1. _____ |__|_|__|_|__|_|

2. _____ |__|_|__|_|__|_|

3. _____ |__|_|__|_|__|_|

4. _____ |__|_|__|_|__|_|

Tag Monat Jahr

38. Geben Sie möglichst alle Medikamente an, die Sie in den letzten 6 Monaten eingenommen haben. Bitte geben Sie auch an, ob Sie die Medikamente regelmäßig einnehmen (z.B. 3 x 1 Tbl.) oder „nach Bedarf“.

Seite 11/31

Ich habe in den letzten 6 Monaten keine Medikamente genommen

Ich habe in den letzten 6 Monaten folgende Medikamente genommen:

Medikamente	Art (Tablette, Zäpfchen, Tropfen)	Dosierung	Zeitraum
Beispiel: Paracetamol	Tbl. 500 mg	3 x 1 pro Tag	Jan.-März 2001

Haben Sie früher andere Medikamente gegen Ihre Schmerzen eingenommen?

ja nein

wenn ja, an welche können Sie sich erinnern: _____

39. Wurde bei Ihnen ein Medikamenten-Entzug durchgeführt?

ja nein

wenn ja, wann und wo? _____



**40. Hatten Sie im Erwachsenenalter andere schwerwiegende Erkrankungen?
Bitte Zutreffendes ankreuzen und bei jeder Erkrankung genaue Angaben
machen:**

1. Herzerkrankungen (z.B.: Angina pectoris, Herzinfarkt,
Herzschwäche, Rhythmusstörungen) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

2. Kreislaufenerkrankungen (z.B. Hochdruck, Unterdruck,
Schlaganfall, Arterienverkalkung, Aneurysma) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

3. Bösartige Erkrankungen / Tumoren ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

4. Erkrankungen des Nervensystems wie Anfallsleiden
(Epilepsie), Nervenleiden, Gemütskrankungen ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

5. Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes (Zucker), Gicht,
Erhöhung der Blutfettwerte, Schilddrüsen- und andere
Hormondrüsenenerkrankungen) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

6. Lungenerkrankungen (z.B. chronischer Husten, Asthma,
Bronchitis, Emphysem, Tuberkulose, Lungenentzündung) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____



7. Magen-Darm- und Enddarmkrankungen

(z.B. Entzündungen, Geschwüre, Blutungen) ja nein

Seite 13/31

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

8. Harnwegserkrankungen (Niere, Blase, Harnröhre);

(z.B. Entzündungen, Steine, Blutungen,
chronisches Nierenversagen) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

9. Leber- Bauspeicheldrüsenerkrankung, Gallenleiden

(z.B. Entzündungen, Steine) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

10. Unterleibserkrankungen,

Erkrankungen der Geschlechtsorgane ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

11. Unverträglichkeiten, Allergien (z.B. Pflaster, Lebensmittel,

Wasch-/ Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

12. Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente? ja nein

Wenn ja, gegen was: _____

41. Bitte geben Sie im folgenden an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in den verschiedenen Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt sind. Das heißt: Wie sehr hindern die Schmerzen Sie daran, ein normales Leben zu führen? Kreuzen Sie bitte für jeden der sieben Lebensbereiche die Zahl an, die die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, und ein Wert von 10 gibt an, dass Sie in diesem Bereich durch Ihre Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.

1. Familiäre und häusliche Verpflichtungen (dieser Bereich bezieht sich auf die Tätigkeiten, die das Zuhause und die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeit).

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

2. Erholung (dieser Bereich umfasst Hobbys, Sport und Freizeitaktivitäten)

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

3. Soziale Aktivitäten (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Feste, Theater- und Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

4. Beruf (dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben; gemeint sind auch Hausfrauen- / Hausmännertätigkeit)

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

5. Sexualleben (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine										völlige
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

43. Leben Sie in häuslicher Gemeinschaft (Mehrfachantworten sind möglich):

- ich lebe mit Ehepartner/ Partner.....
- ich lebe bei Eltern/ Schwiegereltern.....
- ich lebe mit Kindern.....
- ich lebe mit anderen Verwandten.....
- ich lebe mit Freunden/ Bekannten.....
- nein, ich lebe allein.....

44. Welchen Ausbildungs- bzw. Berufsstand haben Sie zur Zeit:

- Schüler/in, Student/in, Auszubildende/r.....
- Umschüler/in.....
- Arbeiter/in.....
- Angestellte/r.....
- Beamter/in.....
- bin im Vorruhestand.....
- selbständig als: _____
- Hausfrau/ Hausmann.....

45. Welche Schulausbildung haben Sie:

- keinen Abschluss.....
- Hauptschulabschluss.....
- Mittlere Reife.....
- Abitur.....
- Hochschule/ Fachhochschule.....

46. Haben Sie eine Berufsausbildung? ja nein

wenn ja, welche: _____

wenn ja, arbeiten Sie noch in diesem Beruf? ja nein

wenn nein, welche Tätigkeit üben Sie momentan aus
 (Hausarbeit eingeschlossen, bei Arbeitslosigkeit zuletzt ausgeübte Tätigkeit):

47. Wie schätzen Sie die körperliche Belastung durch Ihre momentane Tätigkeit ein?

- geringe körperliche Belastung.....
- mittlere körperliche Belastung.....
- hohe körperliche Belastung.....



48. Stehen Sie in einem Arbeitsverhältnis: ja nein

wenn ja, wer ist Ihr Arbeitgeber: _____

wenn nein: sind Sie arbeitslos?.....

hauptberuflich Hausfrau/ Hausmann?.....

Rentner.....

49. Ist Ihr Arbeitsplatz gefährdet? ja nein

wenn ja, warum: betriebsbezogen krankheitsbedingt sonstige Gründe

50. Sind Sie zur Zeit wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig? ja nein

wenn ja, seit wann?

|_|_|_|_|_|_|_|

Tag Monat Jahr

51. Wie viele Tage/ Wochen waren Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig

|_|_| Tage

|_|_| Wochen

52. Glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können ja nein

53. Falls Sie hauptberuflich Hausfrau/ Hausmann/ Rentner/ Arbeitslos sind:

1. Können Sie zur Zeit (trotz) Ihrer Schmerzen Ihre normale Hausarbeit/ Tätigkeiten verrichten? ja nein

wenn nein, seit wann nicht?

|_|_|_|_|_|_|_|

Tag Monat Jahr

2. Wie viele Tage konnten Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen Ihre normale Hausarbeit/ Tätigkeiten nicht verrichten? |_|_| Tage

3. Glauben Sie, dass Sie in Zukunft Ihre normale Hausarbeit/ Tätigkeiten wieder verrichten können? ja nein

58. Wie oft haben Sie Ihren persönlichen Arzt (Hausarzt, Internisten, Orthopäden) wegen nicht erfolgreicher Schmerzbehandlung gewechselt?

Ich habe keinen persönlichen Arzt und konsultiere immer verschiedene Ärzte ja nein

Ich habe meinen persönlichen Arzt mal gewechselt .
(bitte die Anzahl bzw. 0 eintragen)

59. Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen Ihre/n behandelnde/n Arzt/Ärztin aufgesucht?

ca. Termine

60. Wie häufig wurden bei Ihnen in den letzten 6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen Behandlungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen, Akupunktur etc.) durchgeführt?

ca. Behandlungstermine

61. Wie viele Ärzte haben Sie schätzungsweise wegen Ihrer Schmerzen insgesamt aufgesucht?

keine Anzahl

62. Wie oft wurden Sie wegen Ihrer Schmerzen im Krankenhaus behandelt?

nie Tage

Anzahl

63. Wie viele Kuren (Rehabilitationsmaßnahmen) wurden bei Ihnen wegen Ihrer Schmerzen durchgeführt?

keine Tage

Anzahl

Patienten – Fragebogen zum Gesundheitszustand*

*SF-36 Health Survey, Copyright [®] 1992 Medical Outcomes Trust

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

64. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- Ausgezeichnet.....1
- Sehr gut.....2
- Gut.....3
- Weniger gut.....4
- Schlecht.....5

65. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- Derzeit viel besser als vor einem Jahr.....1
- Derzeit etwas besser als vor einem Jahr2
- Etwa so wie vor einem Jahr.....3
- Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr.....4
- Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr.....5

66. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

wenn ja, wie stark?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	Tätigkeiten	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a)	Anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	1	2	3
b)	Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
c)	Einkaufstasche heben oder tragen	1	2	3
d)	Mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3
e)	Einen Treppenabsatz steigen	1	2	3
f)	Sich beugen, knien, bücken	1	2	3
g)	Mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	1	2	3
h)	Mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3
i)	Eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	1	2	3
j)	Sich baden oder anziehen	1	2	3

67. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	Schwierigkeiten	Ja	Nein
a)	Ich konnte nicht so lang wie üblich tätig sein	1	2
b)	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
c)	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2
d)	Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen)	1	2

68. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlen)

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	Schwierigkeiten	Ja	Nein
a)	Ich konnte nicht so lang wie üblich tätig sein	1	2
b)	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
c)	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

69. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder im Bekanntenkreis beeinträchtigt?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- Überhaupt nicht.....1
 Etwas.....2
 Mäßig3
 Ziemlich.....4
 Sehr.....5

70. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- Ich hatte keine Schmerzen.....1
 Sehr leicht.....2
 Leicht3
 Mäßig4
 Stark.....5
 Sehr stark.....6

71. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- Überhaupt nicht.....1
 Ein bisschen2
 Mäßig3
 Ziemlich.....4
 Sehr.....5

72. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen vier Wochen gegangen ist (bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen...

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	Befinden	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
a)	... voller Schwung?	1	2	3	4	5	6
b)	... sehr nervös?	1	2	3	4	5	6
c)	... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	1	2	3	4	5	6
d)	... ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
e)	... voller Energie?	1	2	3	4	5	6
f)	... entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6
g)	... erschöpft?	1	2	3	4	5	6
h)	... glücklich?	1	2	3	4	5	6
i)	... müde?	1	2	3	4	5	6

73. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt? (Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)

- Immer.....1
- Meistens.....2
- Manchmal.....3
- Selten.....4
- Nie.....5

74. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

Seite 24/31

	Aussagen	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
a)	Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden?	1	2	3	4	5
b)	Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	1	2	3	4	5
c)	Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	1	2	3	4	5
d)	Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	1	2	3	4	5

PHQ-4

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten 2 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	<i>überhaupt nicht</i>	<i>an einzelnen Tagen</i>	<i>an mehr als der Hälfte der Tage</i>	<i>beinahe jeden Tag</i>
01 Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
02 Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
03 Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
04 Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-15)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit d. Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FMS-Beschwerdefragebogen nach ACR 2010/ modifiziert 2011/2016
 (I. CWP-/Schmerzindex; II.+III. Symptomschwerescore)**

I. Bitte geben Sie an, ob Sie in **den letzten 7 Tagen** Schmerzen oder Berührungsempfindlichkeit in den unten aufgeführten Körperregionen hatten.

Bitte kreuzen Sie das jeweilige Kästchen an, wenn diese Körperregion schmerzhaft oder druckempfindlich ist.

<input type="checkbox"/> Kiefer, links <input type="checkbox"/> Schulter, links <input type="checkbox"/> Oberarm, links. <input type="checkbox"/> Unterarm, links	<input type="checkbox"/> Kiefer, rechts <input type="checkbox"/> Schulter, rechts <input type="checkbox"/> Oberarm, rechts <input type="checkbox"/> Unterarm, rechts	<input type="checkbox"/> Nacken <input type="checkbox"/> Oberer Rücken (Brustwirbelsäule) <input type="checkbox"/> Unterer Rücken/Kreuz <input type="checkbox"/> Brustkorb <input type="checkbox"/> Bauch
<input type="checkbox"/> Hüfte, links <input type="checkbox"/> Oberschenkel, links <input type="checkbox"/> Unterschenkel, links	<input type="checkbox"/> Hüfte, rechts <input type="checkbox"/> Oberschenkel, rechts <input type="checkbox"/> Unterschenkel, rechts	<input type="checkbox"/> In keiner der genannten Körperregionen Schmerzen

II. Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt die folgenden Beschwerden **in der letzten Woche** bei Ihnen waren, in dem Sie das entsprechende Kästchen ankreuzen.

0: Nicht vorhanden

1: Geringfügige oder mild ausgeprägt; im Allgemeinen gering und/oder gelegentlich auftretend

2: Mäßige oder deutlich ausgeprägt; oft vorhanden und/oder mäßige Intensität

3: Stark ausgeprägt: ständig vorhandene, lebensbeeinträchtigende Beschwerden

Tagesmüdigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Probleme beim Denken oder Gedächtnis	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Morgenmüdigkeit müde (nicht erholsamer Schlaf)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

III. Wurden Sie in den **letzten 6 Monaten** durch eines der folgenden Symptome geplagt?

Schmerzen oder Krämpfe im Unterbauch: Ja Nein

Depression: Ja Nein

Kopfschmerz: Ja Nein

IV. Symptomatik zu I. bis III. auch > 3 Monaten vorhanden Ja Nein

Fragebogen FIQ

1. Vorgehensweise: Für die Fragen 1-10 bitte jeweils das Kästchen bzw. die Nummer mit einem Kreis markieren, die am besten Ihren Zustand in der letzten Woche beschreibt. Falls Sie irgendeine der aufgeführten Tätigkeiten normalerweise nicht ausführen, so bitte streichen Sie die Frage.

Waren Sie in der Lage:	immer	meistens	gelegentlich	nie
a. Einkaufen zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Wäsche mit Waschmaschine und Trockner zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Essen vorzubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Geschirr mit der Hand zu waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Teppichvorleger staubzusaugen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Betten zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. um einige Häuserblocks zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Freunde oder Verwandte zu besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Hof- oder Gartenarbeit zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Auto zu fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Von den 7 Tagen der letzten Woche: an wievielen Tagen haben Sie sich wohl gefühlt?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. An wievielen Tagen der letzten Woche konnten Sie aufgrund Ihrer Fibromyalgie nicht Ihrer Arbeit nachgehen?

Falls Sie nicht außerhalb des Hauses arbeiten, bitte nur diese Frage unbeantwortet lassen.

0 1 2 3 4 5



Vorgehensweise: Für die verbleibenden Punkte, bitte **die Stelle auf der Linie markieren**, die am besten Ihren Zustand in **der vergangenen Woche** beschreibt.

4. Als Sie während der vergangenen Woche arbeiteten, wie stark haben Schmerzen oder anderer Symptome Ihrer Fibromyalgie Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt

Keine Probleme bei der Arbeit |-----| große Schwierigkeiten bei der Arbeit

5. Wie ausgeprägt waren Ihre Schmerzen?

Kein Schmerz |-----| sehr starke Schmerzen

6. Wie müde sind Sie gewesen?

nicht müde |-----| sehr müde

7. Wie müde haben Sie sich am Morgen nach dem Aufstehen gefühlt?

gut ausgeruht aufgewacht |-----| sehr müde aufgewacht

8. Wie schlimm war Ihre Steifigkeit?

Keine Steifigkeit |-----| ausgeprägte Steifigkeit

9. Wie nervös oder aufgeregt haben Sie sich gefühlt?

Nicht aufgeregt |-----| sehr aufgeregt

10. Wie depressiv haben Sie sich gefühlt?

nicht depressiv |-----| sehr depressiv

Fatigue Schweregrad Skala (FSS)

Seite 29/31

Bitte wählen Sie bei den unten stehenden Aussagen die Nummer, die den Grad Ihrer Zustimmung zu diesen Aussagen am ehesten wiedergibt.

Die Bewertung bewegt sich zwischen totaler Ablehnung (Ziffer 1: stimme gar nicht zu) und voller Zustimmung (Ziffer 7: stimme voll zu)

Ich finde, dass während der vergangenen Woche folgendes zutraf:

	stimme gar nicht zu					trifft vollkommen zu	
1. Ich bin weniger motiviert, wenn ich müde bin	1	2	3	4	5	6	7
2. Körperliche Bewegung macht mich müde.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ich ermüde rasch.	1	2	3	4	5	6	7
4. Meine Müdigkeit beeinträchtigt meine körperliche Leistungsfähigkeit.	1	2	3	4	5	6	7
5. Meine Müdigkeit bereitet mir oft Probleme.	1	2	3	4	5	6	7
6. Meine Müdigkeit verhindert länger dauernde körperliche Tätigkeiten.	1	2	3	4	5	6	7
7. Meine Müdigkeit beeinträchtigt mich, gewisse Pflichten und Verantwortungen zu erfüllen.	1	2	3	4	5	6	7
8. Meine Müdigkeit gehört zu den drei Beschwerden, die mich am meisten behindern.	1	2	3	4	5	6	7
9. Meine Müdigkeit beeinträchtigt meine Arbeit, meine Familie oder mein soziales Leben.	1	2	3	4	5	6	7

nach: Valko et al. Validation of the Fatigue Severity Scale in a Swiss Cohort. Sleep. 2008; 31 (11); 1601-1607

Zur besseren Einteilung der Terminvergabe bitten wir Sie höflichst zum Abschluss unten stehende 6 Fragen zu beantworten:

1. Ist bei Ihnen bereits die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms gestellt worden?
 Ja Nein

➔ Wenn ja, wann und wo: _____

2. Sprechen Sie deutsch? _____

3. Ist derzeit ein Rentenverfahren laufend oder geplant? Ja Nein

4. Sind Sie ohne Hilfsmittel geh-fähig? (Rollator oder Unterarmgehstützen, etc.)
 Ja Nein

5. Folgende Therapieversuche wurden bereits durchgeführt (bitte ankreuzen):

Therapie	Besserung eingetreten?	
<input type="checkbox"/> ambulant (Physiotherapie, klassische Massagetherapie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ambulant Ergotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ambulant Akkupunktur	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Teilstationär (z.B. Tagesklinik für chronische Schmerzen) wann zuletzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Stationäre Schmerztherapie (stationärer Aufenthalt nur aufgrund Ihrer chronischen Schmerzen) wann zuletzt? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Reha /Kur wann zuletzt? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ärztliche Interventionen (Spritzen (Infiltrationen), Operationen, Stoßwellentherapie etc.)	_____	

6. Wichtige Information

Die Tagesklinik für Fibromyalgie ist ein 4-wöchiges teilstationäres Gruppentherapieprogramm (Montag-Freitag von ca. 9-16 Uhr), bei dem Sie in kleinen Gruppen mit anderen Fibromyalgie-PatientInnen unter ärztlicher, psychologischer und physio/ergo-therapeutischer Betreuung trainieren sowie eine Schulung zum Umgang mit Ihrer Erkrankung erhalten und sich austauschen können.

Haben Sie Interesse an unserer Tagesklinik und wäre eine Teilnahme für 4 Wochen denkbar?

Ja Nein

Das Ergebnis der Frage beeinflusst nicht die Wartezeit bis zur Termin-Vergabe.

Für mehr Informationen besuchen Sie unsere Webpage:

Websuche zu unseren Klinikangeboten inklusive Links zu Vorträgen inklusive YouTube Videos sind mit den Schlagworten: ***Fibromyalgie München LMU*** zu finden:

→ Sprechstunde und Tagesklinik für Fibromyalgie – LMU Klinikum.

[MUM – Muskuloskelettales Universitätszentrum München | Fibromyalgie \(lmu-klinikum.de\)](https://www.lmu-klinikum.de/mum)

Web-Link zur Leitlinie zum Fibromyalgiesyndrom
<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/145-004.html>

Vielen herzlichen Dank
für das komplette Ausfüllen des Fragebogens

Sofern Sie durch unsere Institution behandelt werden, werden einige dieser Daten auch in einem EDV-Dokumentationssystem abgespeichert. Diese Daten sind nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes vor einem mutwilligen Zugriff geschützt und zu diesem System haben nur unsere Mitarbeiter direkten Zugang.

Gemäß den Vorgaben des Gesetzes bitten wir Sie, sich mit einer Abspeicherung Ihrer persönlichen Daten einverstanden zu erklären.

Einverständniserklärung

Ich bin – im Falle einer Behandlung – mit der Abspeicherung der in dem Fragebogen erhobenen Daten in einem EDV – Dokumentationssystem einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift