


Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

um ihre Beschwerden besser einschätzen zu können, sind für uns Informationen aus unterschiedlichen Bereichen erforderlich. Daher ist es für uns wichtig, wie Sie Ihre Beschwerden beschreiben, an welchen Behandlungen Sie mit welchem Erfolg bereits teilgenommen haben und welche Auswirkungen ihre Schmerzerkrankung auf Ihr Befinden und Ihre Lebensumstände hat.

Ihre **freiwilligen** Angaben dienen der Vorbereitung auf die Untersuchung in unserer Klinik.

Bitte beantworten Sie möglichst **alle** Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen.

Markieren Sie bei Ankreuzfragen das zutreffende Kästchen bitte deutlich. Beispiel: 
Bitte machen Sie keine Kreuzchen zwischen den Kästchen.

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ihre Fragebogendaten werden in unserem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, damit diese ihren Ärzten und Therapeuten während Ihrer Behandlung jederzeit zur Verfügung stehen. Zugang haben nur berechtigte Mitarbeiter unserer Abteilung, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr Behandlungsteam in der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin (PRM).



Befragungszeitpunkt:

☒

Assessment
Erstuntersuchung

☐

Beginn TK

☐

3 Monate

☐

Ende TK

☐

12 Monate

**Fragebogen der Tagesklinik und Spezialsprechstunde Fibromyalgiesyndrom
Physikalischen und Rehabilitativen Medizin**

- Fragebogen zum Ausfüllen für den Patienten -

Patienten-Etikett

Patientenname: _____

Ausgabedatum:

				2	0	2	
--	--	--	--	---	---	---	--

Ausfülldatum:

				2	0	2	
--	--	--	--	---	---	---	--

Ihr Geburtstag:

--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht:

☐

männlich

☐

weiblich



02240001 PRM_PCC_Allgemeiner FB

Patient: _____ Datum beim Ausfüllen:

Tag	Monat

Jahr			

1. Geburtsdatum:

Tag	Monat

Jahr			

 Alter: _____ Jahre

2. Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

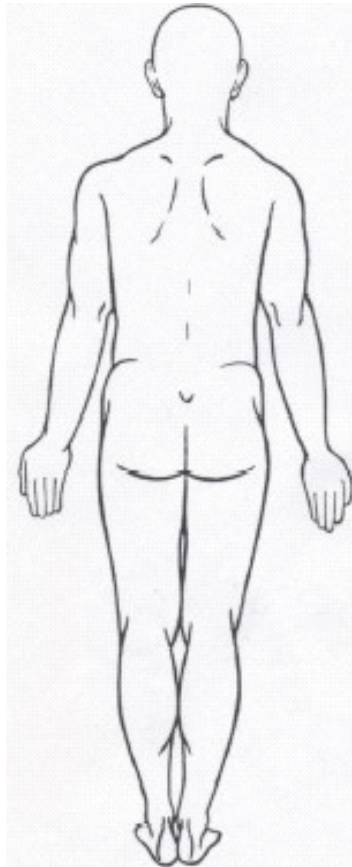
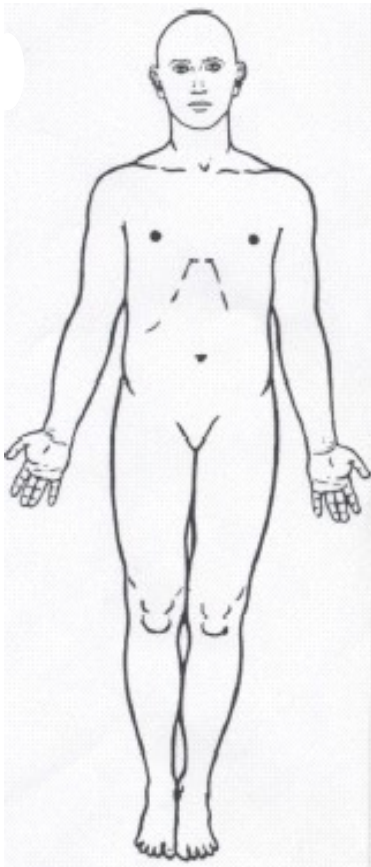
3. Körpergröße (cm):

--	--	--	--

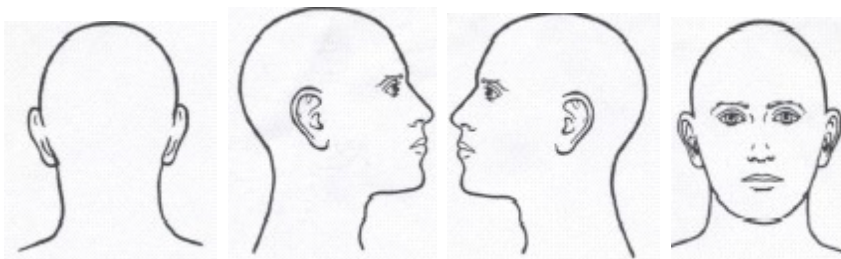
 4. Körpergewicht (kg):

--	--	--	--

5. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:



6. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung? _____

7. a) **Seit wann** bestehen diese Schmerzen?

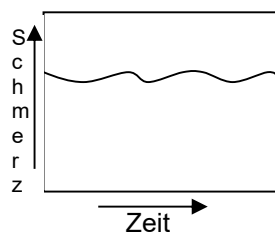
weniger als 1 Monat ☐ ½ Jahr bis 1 Jahr ☐ 2 bis 5 Jahre ☐
1 Monat bis ½ Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre ☐ mehr als 5 Jahre ☐

b) Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind?

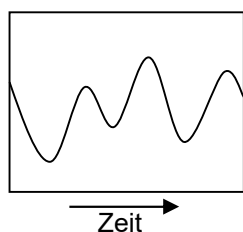
Tag	Monat

Jahr			

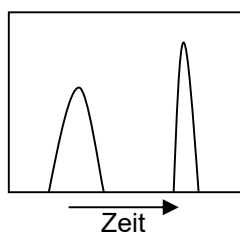
8. a) Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu?
(Bitte nur **eine** Angabe machen!)



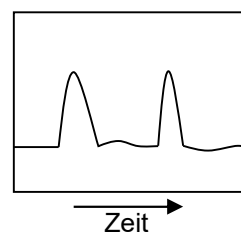
1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen
☐



2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen
☐



3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei
☐



4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen
☐

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

- b) **Wie oft** treten diese Attacken durchschnittlich auf?

mehrfach täglich ☐ einmal täglich ☐ mehrfach wöchentlich ☐
einmal wöchentlich ☐ mehrfach monatlich ☐ einmal monatlich ☐
seltener: ☐ _____

- c) **Wie lange** dauern diese Attacken durchschnittlich? Sekunden ☐ Minuten ☐
Stunden ☐ bis zu drei Tagen ☐ länger als drei Tage ☐

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark? Ja ☐ nein ☐
wenn ja: morgens ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ abends ☐ nachts ☐

10. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftsworten können Sie genauer beschreiben, **wie Sie Ihre Schmerzen empfinden**. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre **typischen Schmerzen in der letzten Zeit**.

Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie **für jedes Wort ein Kreuz**, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.

Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

3 = trifft genau zu 2 = trifft weitgehend zu 1 = trifft ein wenig zu 0 = trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0		3	2	1	0
....dumpf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>heiß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....drückend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>brennend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....pochend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>elend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....klopfend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>schauderhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....stechend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>scheußlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....ziehend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>furchtbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte **auf den unten aufgeführten Skalen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation).
Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

- a) Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

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

- b) Geben Sie jetzt bitte 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

- c) 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

- d) Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

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

12. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

- a) **An wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa Tagen

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

- b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

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

- c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

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

- d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

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

13. a) Auf welche **Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

für mich ist **keine Ursache** erkennbar ☐

auf eine bestimmte Krankheit ☐

wenn ja, welche? _____

auf eine Operation ☐

wenn ja, welche? _____

Datum der Operation

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--

Tag

Monat

Jahr

auf einen Unfall ☐

wenn ja, welchen? _____

Datum des Unfalls

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--

Tag

Monat

Jahr

auf körperliche Belastung ☐

auf seelische Belastung ☐

auf eine andere Ursache ☐

wenn ja, welche? _____

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen:

b) Sind alle diesbezüglichen **rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen** abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)? ja ☐ nein ☐

14. Was machen Sie selbst, um Ihre **Schmerzen günstig zu beeinflussen**?

Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ...

Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen ☐

15. **Was löst Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen aus oder verschlimmert sie?**

Ich weiß es nicht ☐

16. Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in der letzten Woche meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der 6-stufigen Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

	trifft gar nicht zu					trifft voll- kommen zu
Trotz der Schmerzen würde ich sagen:	0	1	2	3	4	5
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich habe mein Leben genießen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich habe mich richtig freuen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Fragen zu Ihrem Befinden

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

- 0 Traf **gar nicht** auf mich zu
 1 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**
 2 Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder **ziemlich oft**
 3 Traf **sehr stark** auf mich zu oder **die meiste Zeit**

1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3	S
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3	A
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	0	1	2	3	D
4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3	A
5. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3	D
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3	S
7. Ich zitterte (z.B. an den Händen).	0	1	2	3	A
8. Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3	S
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3	A
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3	D
11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3	S
12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3	S
13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3	D
14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3	S
15. Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3	A
16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3	D
17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3	D
18. Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3	S
19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3	A
20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3	A
21. Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3	D

Depressivität, Angst und Stress bei Schmerzen (DASS, Nilges und Essau 2012) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:

D: _____ A: _____ S: _____

18. a) **Von wem** wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht oder behandelt**?

Keine Behandlung ☐

Allgemeinarzt ☐

Chirurg ☐

Heilpraktiker ☐

Internist ☐

Neurochirurg ☐

Neurologe ☐

Orthopäde ☐

Psychiater ☐

Psychotherapeut ☐

Radiologe ☐

Schmerztherapeut ☐

Andere: _____

b) Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt? ja ☐

nein ☐

wenn ja, welche? _____

19. **Wie** wurden Ihre Schmerzen **bisher behandelt**?

Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob Ihre **Schmerzen** durch diese Maßnahmen zumindest zeitweise gelindert wurden.

	Erhalten:	Wenn ja →	ja	wirksam? vorüber- gehend	nein
bisher keine Schmerzbehandlung	<input type="radio"/>				
Medikamente	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infusionen	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankengymnastik	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akupunktur	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chiropraktik	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotherapie	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamenten-Entzug	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kur-/Reha-Behandlung	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes: _____	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Wurden Sie schon einmal **operiert**?

ja ☐

wie oft?

mal

nein ☐

Wichtig sind für die Beantwortung dieser Frage auch alle „kleineren operativen Eingriffe“, die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, z.B. Nasenoperationen, Gelenk- und Bauchspiegelungen. Bitte markieren Sie, welche Operation **wegen Ihrer Schmerzen** durchgeführt wurde.

Art der Operation:

Datum:

wg. Schmerz? ↓

1. _____ ☐

2. _____ ☐

3. _____ ☐

4. _____ ☐

5. _____ ☐

Tag

Monat

Jahr

21. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie **zurzeit** einnehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel u.s.w.)

Beispiele	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament <u>nur bei Bedarf</u>	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr <u>wie oft</u> pro Monat?
Beispiel: Ibuprofen 600	1 Tbl.	1 Tbl.	0	0		
Beispiel: Ibuprofen 200					X	ca. 7mal 1 Tbl.

	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament <u>nur bei Bedarf</u>	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr <u>wie oft</u> pro Monat?
Bitte hier Ihre Medikamente eintragen:						

22. **Frühere Schmerzmedikamente:** Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben. Bitte bewerten Sie auch deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen.

	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen?
	nein	etwas	ja	bitte beschreiben
Ihre früheren Schmerz-Medikamente				

23. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? ja ☐ nein ☐

wenn ja, gegen welche?		

24. Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen**? Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte. Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. „0“ bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3“ besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs Welche Erkrankung: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Magen-, Darmerkrankungen z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit); Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels); Zustand nach Magen- oder Darmblutung Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Hauterkrankungen z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes z.B. Chronische Polyarthrit, M.Bechterew; rheumatische Muskelentzündung, Skoliose; Osteoporose; Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk; Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Mager-sucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Andere Erkrankungen _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

Modul D**Demographie, Versicherung**

D-1. Nachname: _____ Vorname: _____
 Geburtsname: _____ Geburtsdatum:

Tag	Monat	Jahr

D-2. Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

D-3. Körpergröße (cm):

--	--	--

 Körpergewicht (kg):

--	--	--

D-4. PLZ: _____ Wohnort: _____
 Straße: _____
 Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____
 Handy: _____ e-mail.: _____

D-5. **Entfernung** von Ihrer Wohnung bis zu **unserer** Praxis / Klinik (in km): ca.

--	--	--

D-6. Nationalität: _____ Muttersprache: _____

D-7. Name, Adresse und Telefon-Nummer Ihres **überweisenden Arztes**:

D-8. Name, Adresse und Telefon-Nummer der **Ärzte oder Psychotherapeuten**, die Sie zurzeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage D-7):

D-9. Krankenversicherung für **ambulante** Behandlung: _____
 zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse: _____

D-10. Krankenversicherung für **stationäre** Behandlung: _____

D-11. **Beihilfe**-Berechtigung: nein ☐ ja ☐ durch: _____

D-12. Behandlung aufgrund eines **anerkannten BG-Verfahrens** (Arbeits- oder Wegeunfall) ja ☐ nein ☐

D-13. Haben Sie eine **Krankentagegeldversicherung**? ja ☐ nein ☐

D-14. Besteht eine **Zusatzversicherung**? ja ☐ nein ☐

D-15. **Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt?** (Mehrfachantworten sind möglich):
 ich lebe allein ☐ Ehepartner/Partner ☐ Kinder ☐ (Schwieger-)Eltern ☐

D-16. Welche **Schulbildung** haben Sie? keinen Abschluss ☐ Hauptschule / Volksschule ☐
 Realschule / Mittlere Reife ☐ Fachhochschulreife ☐ Abitur / allgemeine Hochschulreife ☐

D-17. Welche Berufsausbildung haben Sie: _____

Modul S Sozialrechtliche Situation

S-1. Sind Sie zurzeit **berufstätig**? (trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind)

ja, ich bin zurzeit berufstätig, d.h. habe einen Arbeitsplatz

☐

→ weiter bei Frage S-2

nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig

☐

Ich habe zuletzt gearbeitet als (bitte eintragen): _____

→ weiter bei Frage S-5

Die Fragen S-2 bis S-4 bitte beantworten, wenn Sie zurzeit berufstätig sind (auch bei Krankschreibung)

S-2. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? _____

S-3. Sind Sie **zurzeit arbeitsunfähig**?

ja ☐

nein ☐

wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können?

ja ☐

nein ☐

S-4. Wie viele Tage waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?

ich war in letzten 3 Monaten an _____ Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)

ich bin durchgehend arbeitsunfähig ☐

seit

Tag

Monat

Jahr

Die Frage S-5 bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind.

S-5. Wenn Sie zurzeit **nicht berufstätig** sind, sind Sie ...

Schüler/in, Student/in ☐

Hausfrau / Hausmann ☐

berentet ☐

arbeitslos / erwerbslos ☐

seit ____ / ____ (Monat/Jahr)

S-6. Beabsichtigen Sie einen **Renten-Antrag** oder einen **Antrag auf Renten-Änderung** zu stellen?

ja ☐

nein ☐

Haben Sie einen **Rentenantrag** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?

nein ☐

ja ☐

wenn ja, wegen: _____

am:

Tag

Monat

Jahr

Ist bereits ein **Rentenantrag abgelehnt** worden?

ja ☐

nein ☐

Befindet sich derzeit ein Rentenanspruch im **Widerspruchsverfahren**?

ja ☐

nein ☐

S-7. Beziehen Sie **derzeit** eine **Rente**?

ja ☐

nein ☐

wenn ja,

auf Zeit ☐

bis wann:

endgültig ☐

seit wann:

wenn ja, Berentung welcher Art?

Vorgezogenes Altersruhegeld ☐

Berufsunfähigkeit ☐

Erwerbsunfähigkeit ☐

Erreichen der Altersgrenze ☐

Teilweise Erwerbsminderung ☐

Volle Erwerbsminderung ☐

Unfallrente ☐

Witwen- oder Waisenrente ☐

S-8. Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten **Grad der Behinderung?** (GdB) ja ☐ nein ☐ → wenn ja, wie hoch ist der GdB? _____

Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt?

ja ☐

nein ☐

Modul L Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Ihre Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie gut Sie Ihre Alltagstätigkeiten ausüben können.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei der Antwort auf eine Frage unsicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich.

	aus- gezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Gesundheit bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten?

	nie	selten	manchmal	meistens	immer
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer** Probleme die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	nie	selten	manchmal	meistens	immer
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich in den vergangenen 4 Wochen gefühlt haben und wie es Ihnen ergangen ist. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
Wie oft fühlten Sie sich <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> ...						
9. ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[illegible]



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

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

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



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

	Ja	Nein
Schmerzen oder Krämpfe im Unterbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV.

	Ja	Nein
Symptomatik zu I. bis III. auch > 3 Monaten vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Lebensqualität

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift **DAS** Kästchen an, das Ihre Gesundheit **HEUTE** am besten beschreibt.

BEWEGLICHKEIT/ MOBILITÄT

- ☐ Ich habe keine Probleme herumzugehen
- ☐ Ich habe leichte Probleme herumzugehen
- ☐ Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
- ☐ Ich habe große Probleme herumzugehen
- ☐ Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

FÜR SICH SELBER SORGEN

- ☐ Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- ☐ Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- ☐ Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- ☐ Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- ☐ Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN

(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- ☐ Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- ☐ Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- ☐ Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- ☐ Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- ☐ Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

SCHMERZEN/ KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

- ☐ Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- ☐ Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- ☐ Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- ☐ Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
- ☐ Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

ANGST/ NIEDERGESCHLAGENHEIT

- ☐ Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- ☐ Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- ☐ Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- ☐ Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- ☐ Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert



LMU KLINIKUM

Muskuloskelettales Universitätszentrum

München – MUM

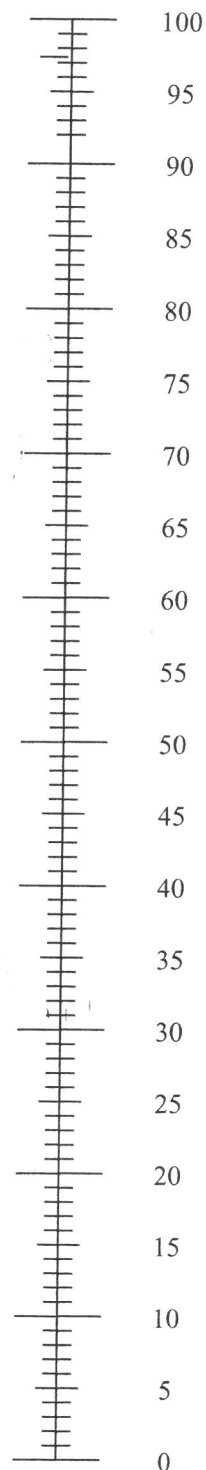
Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM)



Beste Gesundheit, die
Sie sich vorstellen
können

- Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.
- Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.
- 100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können. 0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.
- Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE =



Schlechteste
Gesundheit, die
Sie sich
vorstellen können

C Einschränkungen

C1. Bitte kreuzen sie alle Bereiche an, in denen sie Einschränkungen haben

Mobilität

- ☐ Aufstehen von einem Stuhl
- ☐ Aufstehen aus dem Bett / Hinlegen
- ☐ Aufstehen vom Boden / Hinlegen
- ☐ Langes Sitzen
- ☐ Langes Stehen
- ☐ Heben und Tragen von Gegenständen. Falls ja, ab wieviel kg ? _____
- ☐ Langes Gehen
- ☐ Treppe steigen hinauf/hinab
- ☐ Öffentliche Verkehrsmittel benutzen
- ☐ In das Auto ein- /aussteigen
- ☐ Fahrrad fahren
- ☐ Auto fahren als Fahrer (zum Beispiel durch Probleme beim umschaun)
- ☐ Beine übereinanderschlagen
- ☐ Bücken / Knien

Körperpflege und Ankleiden

- ☐ sich waschen (einschließlich Rücken, Beine /Füße)
- ☐ sich kämmen und/oder fönen
- ☐ Bekleiden Unterkörper (Hose, Socken, Schuhe)
- ☐ Bekleiden Oberkörper (Pullover, Jacke, Hemd, BH)
- ☐ Badewanne ein- /aussteigen
- ☐ Fußnägel schneiden

Haushalt und bei der Selbstversorgung

- ☐ Einkaufen gehen
- ☐ Hausarbeiten erledigen
- ☐ nach vorn geneigte Tätigkeiten (z.B. Staubsaugen, Boden wischen, ...)
- ☐ Kochen, Mahlzeiten vorbereiten
- ☐ Kraftaufwändige Tätigkeiten (z.B. Flasche öffnen)
- ☐ Überkopftätigkeiten
- ☐ Tätigkeiten am PC

Freizeit und Beruf

- ☐ Einschränkungen beim Sport; falls ja, Sportart: _____
- ☐ Einschränkungen bei Hobbys; falls ja, welche Hobbys: _____
- ☐ Einschränkungen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
(z.B. Familienfeste, Vereinsleben, Kirche); falls ja, welche Lebensbereiche: _____
- ☐ Einschränkungen im Beruf; falls ja, bei welchem Beruf: _____

C2. Verwenden Sie Hilfsmittel / Orthesen ?

(z. B. Schiene, Gehhilfen, Rollator, Stützmitter, Wannenlifter, usw.)

- ☐ Nein ☐ Ja, welche _____

C3. Was sind Ihre wichtigsten Probleme im Alltag ?

C4. Was sind Ihre wichtigsten Therapieziele ?

Fragebogen zu Ihrer allgemeinen und seelischen Verfassung

Bitte kreuzen sie die Antworten an, die am besten auf Sie zutreffen!

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Fragen

1. Ist bei ihnen die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms gestellt worden?

☐ Ja ☐ Nein

➔ Wenn ja, wann wurde die Diagnose gestellt? _____

➔ Wenn ja, wo wurde die Diagnose gestellt? _____

2. Sprechen und verstehen Sie die deutsche Sprache gut ? ☐ Ja ☐ Nein

3. Haben sie einen Antrag auf Berentung gestellt ? ☐ Ja ☐ Nein

4. Planen sie einen Rentnenantrag zu stellen? ☐ Ja ☐ Nein

5. Sind Sie ohne Hilfsmittel gehfähig? (z.B. Rollator, Gehstützen) ☐ Ja ☐ Nein

6. Hatten Ereignisse einen positiven oder negativen Einfluss auf ihre Beschwerden?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Jahreszahlen und das Ereignis (Freitext) an und jeweils ob das Ereignis einen positiven oder negativen Einfluss auf Ihre Beschwerden ausgeübt hat

Jahreszahl	Ereignis (Freitext)	Bewertung
_____	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
_____	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
_____	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

7. Unsere 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/ergotherapeutischer 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

Vielen herzlichen Dank für das komplette Ausfüllen des Fragebogens!