

FRAGEBOGEN SCHMERZ (von Matthias Richter)

Wenn der Platz nicht ausreicht, bitte auf einem Extrablatt beschreiben

1. WANN ist Ihr Schmerz zum ersten Mal aufgetaucht?

2. Haben Sie schon vor dem Auftreten dieser Schmerzen häufiger unter anderen schmerzhaften Erscheinungen gelitten?

3. Können Sie sich an einen offensichtlichen Auslöser erinnern?

4. Gibt es eine vermutete Ursache für Ihren Schmerz?

5. Hat Ihr Schmerz mit der Zeit zugenommen oder ist er ähnlich stark, wie zu Beginn? Oder schwächer?

6. Wo genau, an welcher Stelle/Stellen befindet sich Ihr Schmerz?

7. Erstreckt sich der Schmerz irgendwohin? Taucht er auch an einer anderen Stelle auf?

8. Ist der Schmerz punktuell an einer kleinen Stelle? Oder flächig? Oder anders?

9. Kommt der Schmerz langsam oder schnell? Geht er langsam oder schnell? Kommt er in Intervallen, anfallsweise, oder ist es eher ein Dauerschmerz?

10. Wie fühlt sich der Schmerz genau an? Z.B. drückend, stechend, pulsierend, pochend, klopfend, hämmernd, ziehend, dumpf, brennend, kalt, zusammenschnürend, wie von einem Band, wie von einem Messer, wie von einer Nadel oder mehreren Nadeln, etc.?

11. Ist der Schmerz an der betroffenen Stelle begleitet von anderen Empfindungen? Z.B. Taubheit, Kribbeln, Wärme, Kälte, Juckreiz, Ameisenlaufen etc.?

12. Gibt es Missempfindungen um die schmerzhafteste Stelle herum oder in ihrer Nähe?
13. Gibt es Erscheinungen, welchen den Schmerz vorher ankündigen?
14. Welche Erscheinungen treten auf, wenn der Schmerz abgeklungen ist?
15. Wie ist Ihre Stimmung, wenn der Schmerz da ist? Möchten Sie dann lieber alleine sein? Oder lieber in Gesellschaft? Sind sie dann reizbar? Weinerlich? Benommen? Müssen Sie sich ablenken? Hilft Ihnen Trost und Zuspruch? Oder verschlimmert das eher? Sind sie dabei ängstlich? Traurig? Verzweifelt? Ruhelos? Etc.
16. Weinen, seufzen, schreien, schimpfen Sie oft über den Schmerz, wenn er da ist?
17. Welche Arzneien haben Sie schon genommen, um Ihre Schmerzen zu lindern? Mit welchem Erfolg?
18. Welche Körperhaltungen sind während der Schmerzen angenehm/unangenehm? Z.B. Liegen? Auf welcher Seite? Ausgestreckt oder zusammengekrümmt? Mit dem Kopf erhöht oder ganz flach? Weiches oder hartes Bett? Sitzen? Nach vorne gebeugt? Angelehnt? Ganz aufrecht? Stehen? Gehen? Bewegung? Langsame oder schnelle Bewegung? Körperliche Anstrengung? Treppensteigen oder –herabgehen? Tanzen? Hüpfen? Wie ist es zu Beginn einer Bewegung nach längerem Sitzen/liegen? Wie nach fortgesetzter Bewegung? Beim morgendlichen Aufstehen?
19. Wird der Schmerz schlimmer durch Lachen, Husten, Niesen, Nase schnauben etc.?
20. Gibt es bestimmte Zeiten, zu denen der Schmerz schlimmer ist? Tageszeit? Jahreszeit?
21. Können Sie mit den Schmerzen schlafen? Wie sind die Schmerzen nach dem Erwachen?

22. Hat das Wetter einen Einfluss auf Ihre Schmerzen? Wie ist es mit warm-trockenen, warm-feuchtem Wetter? Kalt-trocken oder kalt-feuchtes Wetter? Vor einem Gewitter/Sturm? Dabei? Danach? Macht Ihnen Wetterwechsel etwas aus? Oder der Stand des Mondes oder der Sonne? Wie ist der Schmerz, wenn Sie sich direkt in der Sonne aufhalten? Was ist mit Wind? Zugluft?
23. Beeinflusst frische Luft den Schmerz? Wie ist es in einem geschlossenen Zimmer?
24. Wie verhält sich der Schmerz, wenn Sie ihn mit warmen Auflagen (Wärmflasche etc.) behandeln? Wie ist es, wenn sie Kälte anwenden? Wie ist es, wenn Sie baden oder duschen?
25. Was passiert, wenn sie die schmerzhafteste Stelle berühren? Was ist mit punktuellm Druck (z.B. mit dem Finger)? Oder mit flächigem Druck (z.B. mit der ganzen Hand)? Liegen Sie lieber auf der Seite, wo es schmerzt, oder können Sie gar nicht auf dieser Seite liegen? Was passiert mit dem Schmerz, wenn sie die Stelle leicht massieren? Oder ist es besser, ganz fest zu massieren bzw. zu reiben?
26. Ist es besser, wenn Sie sich auf Ihren Schmerz konzentrieren, oder wenn sie an etwas anderes denken und versuchen, sich abzulenken?
27. Gibt es Speisen oder Getränke, die Ihren Schmerz beeinflussen? Können Sie normal essen, wenn Sie Schmerzen haben? Verschlimmert oder bessert Essen/Trinken den Schmerz?
28. Müssen Sie den schmerzhaften Teil ganz ruhig halten, oder eher bewegen? Bessert die Ruhe bzw. die Bewegung den Schmerz?
29. Welchen Einfluss haben Licht, Geräusche, Gerüche und andere äußere Einflüsse auf den Schmerz?
30. Gibt es unabhängig von dem schmerzhaften Bereich während (vor/nach) den Schmerzen noch andere körperliche Erscheinungen, die sonst nicht zu fühlen sind? Z.B. Frieren, Schwitzen, Hitzegefühle, Missempfindungen, Hunger oder Appetitlosigkeit, Durst oder Durstlosigkeit, Übelkeit, Verstopfung oder Durchfall, Blähungen, Zuckungen, Krämpfe, Schweregefühle, etc.?