

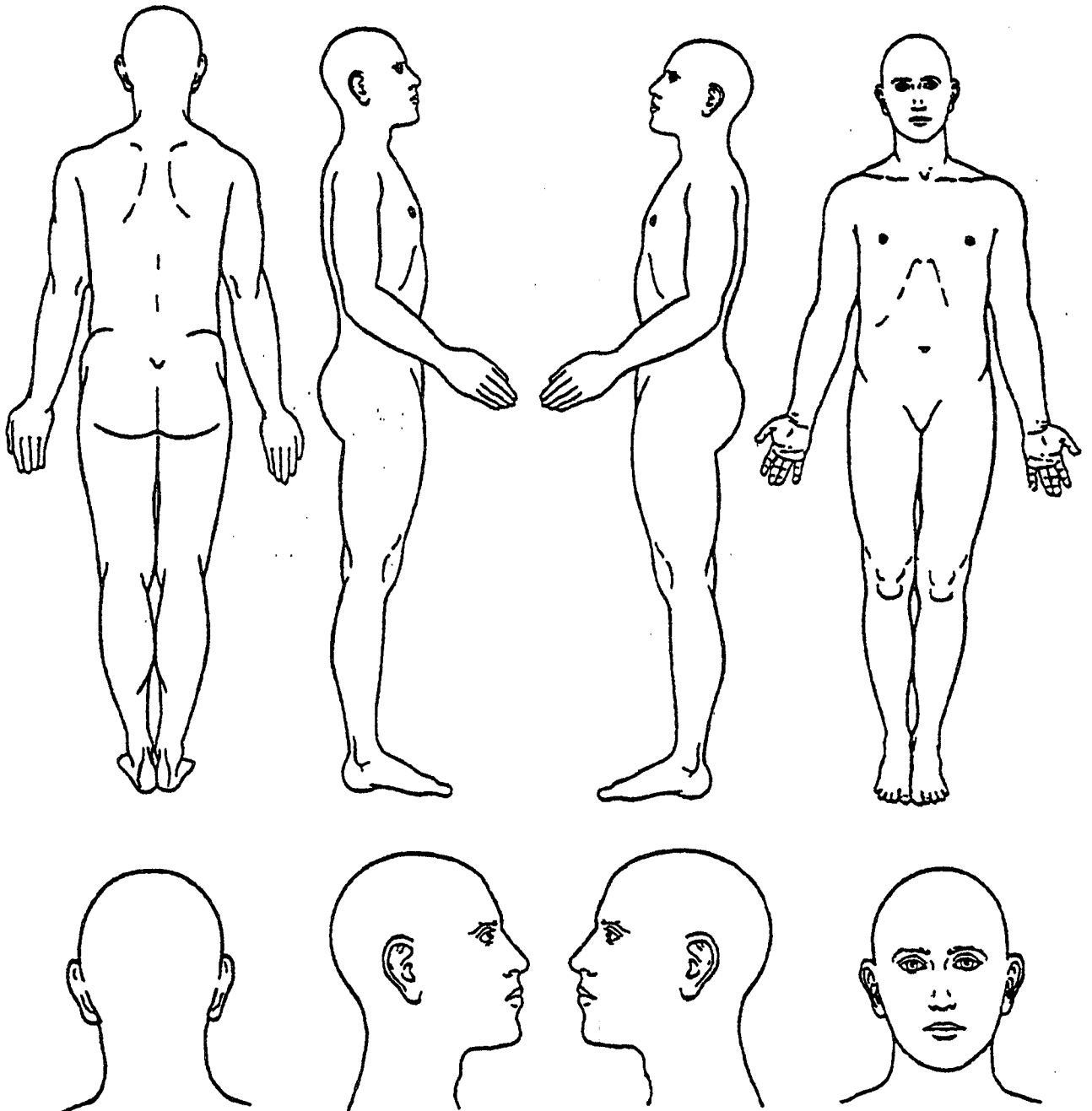
Strukturiertes Schmerzinterview

(Im Rahmen der Anamnese vom Interviewer auszufüllen!)

Name des Patienten: _____

Code: _____

1. Wo haben Sie zur Zeit Schmerzen? Umfahren Sie bitte mit einem Zeigefinger das Gebiet, das Ihnen am meisten weh tut!
(Interviewer: Bitte malen Sie das Schmerzgebiet in den Körperschemata aus.)
2. Gibt es auch noch andere Stellen, an denen Sie Schmerzen haben? Bitte umfahren Sie mit dem Zeigefinger auch diese Gebiete!
(Interviewer: Bitte schraffieren Sie diese Schmerzgebiete in den Körperschemata.)



3. Bitte geben Sie mir an, ob Sie in den folgenden Körperteilen Schmerzen haben oder nicht. Haben Sie Schmerzen in?

(Interviewer: Fragen Sie nun alle unten aufgeführten Bereiche langsam nacheinander ab und kreuzen Sie jeweils an, ob dort Schmerzen auftreten oder nicht.)

Mund/Zähne/durch Zahnprothese	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Kopf/Gesicht	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hals/Nacken	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schulter/Arm/Hand	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Brustkorb	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Obere Rückenhälfte	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bauchbereich	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Untere Rückenhälfte (Kreuz)/Gesäß	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hüfte/Bein/Fuß	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Beckenbereich	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Geschlechtsorgane/After	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Mehrere Gelenke	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gesamter Körper	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Andere besondere Gebiete _____

4. Fühlen Sie den Schmerz, der Ihnen am meisten weh tut,

an der Oberfläche (Haut) in der Tiefe?

5. Wie stark war Ihr Schmerz in den letzten sieben Tagen dort, wo es Ihnen am meisten weh tut? Wählen Sie einen der folgenden Begriffe:

(Interviewer: Liste A mit Antwortalternativen vorlegen. Dann fragen: War der Schmerz in den letzten 7 Tagen gar nicht da, war er leicht, mäßig, stark, sehr stark oder unerträglich stark?)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> kein Schmerz | <input type="radio"/> starker Schmerz |
| <input type="radio"/> leichter Schmerz | <input type="radio"/> sehr starker Schmerz |
| <input type="radio"/> mäßiger Schmerz | <input type="radio"/> unerträglich starker Schmerz |

6. Seit wann haben Sie die Schmerzen, die Ihnen am meisten weh tun?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> seit Tagen | <input type="radio"/> seit Monaten |
| <input type="radio"/> seit Wochen | <input type="radio"/> seit Jahren |

7. Wie treten Ihre Schmerzen auf? Sind sie dauernd vorhanden oder anfallsweise?

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

(Interviewer: Screening-Aufgabe zur kognitiven Beeinträchtigung; die Begriffe langsam und deutlich – im Abstand von jeweils ca. 1 Sekunde nennen. Direkt danach die drei Begriffe wiederholen lassen; der erste Versuch bestimmt die Punktzahl. Ggf. die Begriffe wiederholen, bis alle drei gelernt wurden. Die Anzahl der notwendigen Versuche wird notiert (max. sind sechs Versuche zulässig). Wenn nicht alle drei Begriffe zu diesem Zeitpunkt reproduziert werden können, ist der nachfolgende Gedächtnistest – siehe unten - nicht durchzuführen.)

Und nun eine Frage zu Ihrem Gedächtnis. Bitte merken Sie sich: Haus, Brot, Hand. Wiederholen Sie bitte jetzt diese Begriffe.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| Haus beim ersten Versuch reproduziert | <input type="radio"/> ① ja <input type="radio"/> ② nein |
| Brot beim ersten Versuch reproduziert | <input type="radio"/> ① ja <input type="radio"/> ② nein |
| Hand beim ersten Versuch reproduziert | <input type="radio"/> ① ja <input type="radio"/> ② nein |

Anzahl der Versuche: _____

8. Lassen Sie uns jetzt zu Ihren Schmerzen zurückkommen. Was verstärkt und was lindert Ihre Schmerzen? Werden Ihre Schmerzen durch Gehen weniger stark oder werden sie stärker oder hat das keinen Einfluß auf die Schmerzen?

(Interviewer: Bitte die unten angegebenen Items mit der oben beschriebenen Formulierung ansprechen und die Antwort ankreuzen)

Verstärkung	Linderung	kein Einfluß	
<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	Gehen/Stehen
<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	Sitzen
<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	Liegen
<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	ruhig halten/schonen
<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	Kälteanwendungen
<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	Wärmeanwendungen
<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	Streß/Ärger/Aufregung
<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	Freude, angenehme Tätigkeiten

Screening: Und nun zurück zu den Dingen, die Sie sich gemerkt haben. Was waren die Dinge, die ich Ihnen vorhin genannt habe?

- | | |
|-------------------|---|
| Haus reproduziert | <input type="radio"/> ① ja <input type="radio"/> ② nein |
| Brot reproduziert | <input type="radio"/> ① ja <input type="radio"/> ② nein |
| Hand reproduziert | <input type="radio"/> ① ja <input type="radio"/> ② nein |

9. Wie oft wurden Sie in den letzten sieben Tagen von Ihren Schmerzen gequält?

(Interviewer: Liste B vorlegen)

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> ① nie | <input type="radio"/> ④ häufig |
| <input type="radio"/> ② selten | <input type="radio"/> ⑤ sehr oft |
| <input type="radio"/> ③ manchmal | <input type="radio"/> ⑥ immer |

10. Können Sie....

	ja	nein wegen der Schmerzen	nein aus anderen Gründen
... sich selbst anziehen?	①	②	③
... mindestens eine Treppe steigen?	①	②	③
... selbst einkaufen gehen?	①	②	③
... gemeinsam mit anderen etwas unternehmen?	①	②	③

11. Wieviel Stunden liegen Sie am Tag in der Zeit zwischen 7.00 Uhr und 22.00 Uhr?
_____ Stunden

(Interviewer: Berücksichtigen Sie auch Zeiten, in denen im Liegen, z.B. in einem Liegesessel, ferngesehen oder einer anderen Beschäftigung nachgegangen wird.)

12. Fühlen Sie sich oft traurig und niedergeschlagen?

① ja ② nein

13. Können Sie selbst etwas tun, um Ihre Schmerzen zu verringern?

① ja ② nein

Falls ja: Bitte Nennung hier eintragen: _____

14. Wieviel Hoffnung haben Sie, daß Ihre Schmerzen in Zukunft besser werden?

(Interviewer: Bitte Liste C vorlegen)

- ① große Hoffnung, dass sie besser werden
- ② geringe Hoffnung, dass sie besser werden
- ③ gar keine Hoffnung, dass sie besser werden

Angaben zum Patienten/zur Patientin (vom Interviewer auszufüllen)

15. Geschlecht: ① männlich ② weiblich

16. Alter in Jahren: _____

17. Letzter Schulabschluß

- ① Universitätsabschluß
- ② Fachhochschulabschluß
- ③ Abitur
- ④ Realschulabschluß, mittlere Reife
- ⑤ Haupt-, bzw. Volksschulabschluß
- ⑥ keinen der aufgeführten Abschlüsse

18. Familienstand: ① ledig ② verh. ③ verw. ④ gesch.

Interviewer: Bitte tragen Sie ein, wie lange das Interview gedauert hat.

Dauer des Interviews: _____ Minuten

Interviewer: Führen Sie jetzt die ergänzende Fremdanamnese durch.