

Patientenfragebogen



**Schmerztherapiezentrum
Bad Mergentheim**
Fachklinik für Spezielle Schmerztherapie
und Schmerzpsychotherapie

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten mit Ihnen und für Sie die optimale Behandlung herausfinden. Dazu müssen wir möglichst viel über Ihre Erkrankungen wissen. Uns interessieren nicht nur die Stärke und die Art Ihrer Schmerzen, sondern wir möchten z. B. auch zur Vorgeschichte und zu Ihrem Umgang mit den Schmerzen möglichst viel von Ihnen erfahren.

Da es erfahrungsgemäß unmöglich ist, alles am Tag der Anreise anzusprechen, möchten wir Sie bitten, sich etwas Zeit zu nehmen, um die folgenden Fragen zu beantworten. Falls erforderlich können Sie sich dabei von einer Ihnen nahe stehenden Person helfen lassen.

Sie können sicher sein, dass auch wir uns viel Zeit für Sie nehmen werden.

Alle Daten dieses Fragebogens unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

Auch wenn Sie schon in unserer Schmerzklinik vorstellig waren, bitten wir Sie den Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen.

Herr

Frau

Titel:

Nachname:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

PLZ:

Wohnort:

Straße/Nr.:

Tel. privat:

Mobil:

E-Mail:

Name, Fachrichtung, Adresse und Telefonnummer des Hausarztes:

Name, Fachrichtung, Adresse und Telefonnummer der mitbehandelnden Ärzte:

Wer hat diese stationäre Behandlung veranlasst / beantragt (Arzt, Krankenkasse, RV, Sie selbst)?:

Krankenkasse:

Kostenträger :

Zusatzversicherung: Ja Nein Welche:

Beihilfegeber : Ja Nein Welche:

Chefarzt: Ja Nein

Terminwunsch ab:



**Schmerztherapiezentrum
Bad Mergentheim**

Fachklinik für Spezielle Schmerztherapie
und Schmerzpsychotherapie

www.schmerzlinik.com

Wo überall haben Sie Schmerzen?

Hauptschmerzen

Wo haben Sie Ihren
Hauptschmerz?

Strahlt der Hauptschmerz aus? Wohin?

Welche Eigenschaften hat Ihr Hauptschmerz?

ziehend	reißend	stechend	bohrend	brennend	schneidend
pochend	klopfend	drückend	dumpf	juckend	oberflächlich
tief	quälend	zermürend	mörderisch		

Eigene Beschreibung:

Zwischen welchen Schmerzstärken bewegte sich Ihr Hauptschmerz in den letzten 4 Wochen auf einer Skala von 0 – 10? (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

Von bis Durchschnittliche Schmerzstärke:

Haben Sie irgendwo am Körper ein Taubheitsgefühl, Gefühllosigkeit oder Kribbeln?

nein ja, wo?

Haben Sie irgendwo am Körper eine Muskelschwäche oder Lähmung?

nein ja, wo?

Leiden Sie unter Harn- oder Stuhlinkontinenz?

Harninkontinenz

Stuhlinkontinenz

Was verschlimmert den Hauptschmerz?

Sitzen	Stehen	Gehen	Liegen	Kälte	Wärme
Ruhe	Menstruation	Stress	Ärger	Angst	Leichte Berührung
Husten	Wetterwechsel				

Sonstiges:

Was lindert den Hauptschmerz?

Leichte Bewegung	Lagewechsel	Liegen	Kälte
Körperliche Anstrengung	Ablenkung	Positives Denken	Wärme
Entspannung	Akzeptanz		

Sonstiges:

Wann und wie haben die Hauptschmerzen begonnen?

Sonstige Schmerzen

Haben Sie weitere Körperteile, die weh tun?

Bitte geben Sie jeweils Ort, Ausstrahlung, Schmerzeigenschaften, Schmerzstärke und schmerzverändernde Faktoren wie bei den Hauptschmerzen an:

Wo haben Sie noch Schmerzen?	Schmerzeigenschaften, z. B. ziehend, brennend	Schmerzstärke (0 – 10)	Schmerzverstärkung und Schmerzlinderung durch...
------------------------------	---	------------------------	--

Verlauf

Wurden Operationen wegen der Hauptschmerzen oder Nebenschmerzen durchgeführt? Welche? Wann? Waren die Schmerzen danach stärker oder schwächer?

Gab es irgendwelche besonderen Ereignisse, die Ihre Schmerzen ausgelöst oder beeinflusst haben (z. B. schmerzfreie Zeiten, Veränderungen der Beschwerden o.ä.)? Beschreiben Sie den Verlauf.

Zusätzliche Beschwerden

	stark	mäßig	schwach	keine
Schwächegefühl				
Mattigkeit				
Benommenheit				
Konzentrationsschwäche				
Kloßgefühl in Hals				
Enge im Hals				
Schluckbeschwerden				
Stiche in der Brust				
Schmerzen in der Brust				
Ziehen in der Brust				
Druck oder Völlegefühl im Leib				
Übelkeit				
Sodbrennen				
saures Aufstoßen				
Verstopfung				
Durchfall				
Darmkrämpfe				
Störungen beim Wasserlassen				
Innere Unruhe				
Vermehrte Reizbarkeit				
Vermehrte Grübelei				
Depressionen				
Potenzstörungen				
sexuelle Lustlosigkeit				
Erektionsstörungen				
Schwindel				
Starkes Schwitzen				
Schweißausbrüche				
Nachtschweiß				
Schweregefühl und Müdigkeit in den Beinen				
Ohrgeräusche				
Tinnitus				

Wie lange brauchen Sie zum Einschlafen?

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?

Wie oft wachen Sie nachts auf?

Sind Sie tagsüber müde?

Eingeschränkte Tätigkeiten

Ich kann Minuten ohne erhebliche Schmerzverstärkung gehen.
Ich kann Meter ohne erhebliche Schmerzverstärkung gehen.
Ich kann Minuten ohne erhebliche Schmerzverstärkung sitzen.
Ich kann Minuten ohne erhebliche Schmerzverstärkung stehen.

	problemlos	erschwert	Hilfe notwendig	nicht möglich
Sprechen				
Sehen				
Hören				
Schreiben				
Gehen				
Laufen				
Einkaufen gehen				
Treppensteigen				
Bücken				
Vornübergebeugtes Arbeiten				
Tragen von Taschen				
Überkopfarbeiten				
Feinere Handarbeiten				
Körperpflege, sich waschen, sich duschen				
An- und Entkleiden				
Essen				
Trinken				
Kochen				
Haushaltsführung, z. B. Putzen, Wäsche machen				
Umgang mit anderen Menschen				
Freunde besuchen				
Ihre Hobbys ausführen				
Veranstaltungen besuchen, z. B. Konzerte o.ä.				

Sonstige Einschränkungen:

problemlos

erschwert

Hilfe notwendig

nicht möglich

stimmt genau stimmt etwas stimmt gar nicht

Ich empfinde meinen Arbeitsplatz als körperlich stark belastend.

Ich empfinde meinen Arbeitsplatz als seelisch stark belastend.

Das Verhältnis zu meinen Kollegen/Vorgesetzten ist getrübt.

Ich weiß nicht, wie es beruflich weitergehen soll.

Ich leide unter erheblichen finanziellen Belastungen.

Ich leide unter Konflikten mit meinem/r Partner/in.

Ich leide unter Konflikten mit anderen Familienmitgliedern.

Ich leide unter Konflikten im Freundeskreis.

Ich habe außerhalb meiner Schmerzerkrankung weitere erhebliche körperliche oder seelische Erkrankungen.

Welche?

Ich habe keine befriedigenden Freizeitaktivitäten.

Ich leide unter dem Verlust eines Angehörigen / Bezugsperson.

Wer ist das und seit wann?

Ich pflege schwer kranke Angehörige.
Wen?

Ich leide noch unter einem früheren schlimmen Ereignis. Unter welchem?

Ich leide unter Vereinsamung.



**Schmerztherapiezentrum
Bad Mergentheim**

Fachklinik für Spezielle Schmerztherapie
und Schmerzpsychotherapie

www.schmerzklinik.com

Sonstige Belastungen?

Welche Faktoren spielen Ihrer Meinung nach bei der Entstehung und Aufrechterhaltung Ihrer Schmerzen möglicherweise eine wichtige Rolle?

Körperliche Schäden? Welche?

Seelische/psychische Einflüsse? Welche?

Zwischenmenschliche Konflikte? Welche?

Sonstige Faktoren?

Wie erklären Sie sich Ihre Schmerzerkrankung

Denken Sie, dass das Fehlverhalten von anderen Menschen oder von Ihnen (mit)verantwortlich ist für Ihre Schmerzen?

ja

nein

Fühlen Sie sich bezüglich Ihrer Schmerzerkrankung gut informiert?

ja

mittel

nein

Gibt / gab es in Ihrer Familie (Blutsverwandte) bereits Schmerzerkrankungen? Welche Schmerzerkrankung?

ja

nein

Bei wem?



**Schmerztherapiezentrum
Bad Mergentheim**

Fachklinik für Spezielle Schmerztherapie
und Schmerzpsychotherapie

www.schmerzlinik.com

Sonstige Erkrankungen

Herzerkrankungen

früherer Herzinfarkt	ja	nein
Herzrhythmusstörungen	ja	nein
KHK	ja	nein
Arteriosklerose / Gefäßerkrankung	ja	nein
Atemnot bei körperlicher Belastung	ja	nein
Herzschmerzen bei Belastung / Angina pectoris	ja	nein
Schwellung der Beine	ja	nein
andere Herzerkrankungen	ja	nein

Kreislaufferkrankungen

Schlaganfall	ja	nein
Durchblutungsstörungen	ja	nein
Arterienverkalkung	ja	nein
Hypotonie (zu niedriger Blutdruck)	ja	nein
Hypertonie (zu hoher Blutdruck)	ja	nein
andere Kreislaufferkrankungen	ja	nein

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes/Zucker Krankheit	ja	nein
Gicht	ja	nein
Erhöhung der Blutfette/Cholesterin	ja	nein
Hormonerkrankungen z. B. Schilddrüsen	ja	nein
sonstige Stoffwechselerkrankungen	ja	nein

Lungenerkrankungen

chronische Bronchitis	ja	nein
Asthma	ja	nein
Tuberkulose	ja	nein
frühere Lungenentzündung	ja	nein
Schlafapnoesyndrom	ja	nein

Bösartige Erkrankungen / Tumore / Krebs

ja	nein
----	------

Magen-, Darm- und Enddarmkrankungen

Magen Entzündungen	ja	nein
Magen Geschwüre	ja	nein
Magen Blutungen	ja	nein
Darmerkrankungen		
Vertragen Sie Schmerzmittel im Magen?	ja	nein
Verdauungsstörungen	ja	nein
Leber-Erkrankungen	ja	nein
Bauchspeicheldrüsen-Erkrankungen	ja	nein
Gallensteine	ja	nein
Gallenblasenentzündungen	ja	nein
Dickdarmerkrankungen	ja	nein

Harnwegs- und Nierenerkrankungen

Nierensteine	ja	nein
Blasenentzündungen	ja	nein
Störungen beim Wasserlassen	ja	nein

Unterleibserkrankungen

Gebärmutter	ja	nein
Eierstöcke	ja	nein
Prostata	ja	nein
Regelstörungen	ja	nein
Geschlechtsorgane	ja	nein
Störungen beim Geschlechtsverkehr	ja	nein

Welche Erkrankungen, in welchem Jahr bzw. seit wann:

Neurologische Erkrankung

Anfallsleiden (Epilepsie)	ja	nein
Nervenleiden	ja	nein
Gemütererkrankungen (z. B.: Depressionen)	ja	nein

Welche Erkrankungen, in welchem Jahr bzw. seit wann:

Haben Sie Unfälle gehabt?

Unfallart	Deswegen operiert?	Monat/Jahr
1.	ja nein	
2.	ja nein	
3.	ja nein	



**Schmerztherapiezentrum
Bad Mergentheim**
Fachklinik für Spezielle Schmerztherapie
und Schmerzpsychotherapie

www.schmerzlinik.com

ja nein

Monat /Jahr

Bisher durchgeführte Therapien

Alle momentan eingenommenen Medikamente (nicht nur Schmerzmittel):

Medikament	Art	Dosierung	Wirkung	Nebenwirkungen? Allergie?
Beispiel: Ibuprofen	Tabl. 200 mg	1-1-1	Deutliche Schmerzlinderung	Leichte Magenschmerzen
Beispiel: Beloc Zok	Tabl. 100 mg	0-0-1	Blutdrucksenkung	keine

Benutzen Sie Hilfsmittel ?

Rollstuhl

Rollator

Anziehhilfe

Duschhocker

Gehstock

Unterarmgehstütze

Badewannenlifter

Toilettensitzerhöhung

Welche Therapien wurden neben den Medikamenten in den letzten 4 Wochen durchgeführt?

	Wie oft in den letzten 4 Wochen:	Erfolg	Teilerfolg	kein Erfolg
Schmerzspritzen ins Gesäß				
Quaddeln oder Spritzen an Muskelpunkten				
Morphinpumpe				
Stimulationssonde (SCS)				
Akupunktur				
Chirotherapie (Manuelle Medizin)				
Krankengymnastik				
Massagen				
Wärmetherapie				
Kältetherapie				
Elektrotherapie				
TENS-Gerät				
Entspannungsverfahren				
Biofeedback				
Hypnose				
Psychologisches Schmerzbewältigungstraining				
Psychotherapie (Einzelgespräche)				
Fasten/Entschlackungskuren				

Kreuzen Sie bitte alle in den letzten 10 Jahren durchgeführten Schmerztherapien an:

	Wie oft in den letzten Jahren:	Erfolg	Teilerfolg	kein Erfolg
Schmerzspritzen ins Gesäß				
Quaddeln oder Spritzen an Muskelpunkten				
Morphinpumpe				
Stimulationssonde (SCS)				
Akupunktur				
Chirotherapie (Manuelle Medizin)				
Krankengymnastik				
Massagen				
Wärmetherapie				
Kältetherapie				
Elektrotherapie				
TENS-Gerät				
Entspannungsverfahren				
Biofeedback				
Hypnose				
Psychologisches Schmerzbewältigungstraining				
Psychotherapie (Einzelgespräche)				
Fasten/Entschlackungskuren				

Wurden bereits spezielle Nervenblockaden durchgeführt?

nein ja, welche

Erfolgte bereits ein Medikamentenentzug? nein ja Wovon?

Wann?

Alle früher eingenommenen Schmerzmedikamente:

Medikament	Art	Dosierung	Wirkung	Nebenwirkungen? Allergie?
Beispiel: Tegretal	Tabl. 300 mg	bis zu 4 x tägl.	Deutliche Schmerzlinderung	Übelkeit, Schwindel, Ausschlag

Bitte notieren Sie soweit möglich jeweils Namen, Fachrichtung und Adresse von Ärzten, Heilpraktikern und anderen Therapeuten, bei denen Sie wegen Ihrer Schmerzen bereits in Behandlung waren oder sind:

Waren Sie wegen der Schmerzen bereits früher im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsklinik?

Wo:

Fachrichtung:

Jahr:

Haben Sie Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe?

nein ja, welche

Waren Sie in den letzten zwei Jahren länger als 4 Wochen am Stück in stationärer Behandlung?

nein ja, wo

wegen

Haben Sie chronisch offene Wunden / Stellen?

nein ja, wo

Sind Sie gegen Covid-19 geimpft?

nein ja wenn ja, wie oft:

Mal. Datum der letzten Impfung

Waren Sie Corona-positiv? nein ja wenn ja, wann?



Schmerztherapiezentrum

Bad Mergentheim

Fachklinik für Spezielle Schmerztherapie
und Schmerzpsychotherapie

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 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

Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen
oder vermehrter Schlaf

Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben

Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis
zu essen

Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein
oder die Familie enttäuscht zu haben

Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren,
z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen

Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlang- samt,
dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im
Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen
stärkeren Bewegungsdrang als sonst?

Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen
möchten

Sozialmedizinische Anamnese

ledig verheiratet feste Partnerschaft geschieden verwitwet getrennt lebend

Haben Sie Kinder? Wenn ja, geben Sie bitte Geschlecht (w oder m) und Alter an:

Ich lebe allein bei / mit im Stockwerk
mit ohne Aufzug.

Beziehen Sie **Hilfen bei der häuslichen Versorgung** (z. B. Essen auf Rädern, Diakonie, Sozialstation)?

☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche?

Gibt es im häuslichen Umfeld **besondere Belastungen** (z. B. Pflege von Angehörigen, Probleme mit Kindererziehung o. ä.)?

☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche?

Haben Sie **Hobbies/Freizeitaktivitäten**, denen Sie regelmäßig nachgehen?

☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche?

Beziehen Sie Leistungen aus der **Pflegeversicherung**?

☐ nein ☐ Grad I ☐ Grad II ☐ Grad III ☐ Grad IV ☐ Grad V

Zuletzt ausgeübter **Beruf**:

Arbeitsvertrag ja nein Arbeitslos gemeldet seit Berufstätig Arbeitsfähig
Hausfrau/-mann seit

Momentan krankgeschrieben seit

Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten krank Tage Wochen Monate

Arbeitsversuche bzw. den Versuch einer stufenweisen Wiedereingliederung in den letzten 18 Monaten unternommen?

nein ja Wenn ja, erfolgreich? ☐ nein ja

Erwerbsunfähigkeitsrente seit auf Zeit auf Dauer Teil Voll beantragt genehmigt

Altersrente seit Unfallrente (MdE): % seit

Haben Sie einen Grad der **Behinderung (GdB)**?

nein wenn ja, wieviel: Zusatzzeichen

Laufen **Anträge oder Gerichtsverfahren** zur Erlangung der oben genannten Leistungen?

nein ja Wenn ja, welche?

Arbeitsanamnese

Bitte füllen Sie die Seiten 20 und 21 nur aus, wenn Sie berufstätig, Hausfrau/-mann, arbeitslos oder arbeitssuchend sind oder eine Rente auf Zeit bekommen!

Würzburger Screening / Version 1

Sind Sie zurzeit berufstätig? (Bitte auch bei gegenwärtiger Krankschreibung beantworten)

- ☐ ja, Vollzeit (6 Stunden/Tag und mehr) nein, arbeitslos seit
ja, Teilzeit (3 bis unter 6 Stunden/Tag) ☐ nein, Zeitrente bis
ja, Teilzeit (1 bis unter 3 Stunden/Tag) ☐ ja, in Ausbildung
☐ nein, dauerhaft berentet (Altersrente, Erwerbsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente)

Hausfrau/-mann (Falls dies für Sie zutrifft: Beachten Sie bei der Beantwortung der folgenden Fragen Ihre Tätigkeit für Haushalt und Familie wie eine berufliche Tätigkeit).

Glauben Sie, dass Sie nach der Reha-Maßnahme ja nein
wieder an Ihrem bisherigen Arbeitsplatz tätig sein können?

Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Rentenantrag ja nein
(Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?

Wie bald nach Abschluss der Rehamassnahme hoffen Sie, Ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen?
Innerhalb von ☐ einem Monat ☐ mehr als einem Monat ☐ überhaupt nicht

überhaupt nicht kaum etwas ziemlich sehr

Wie stark ist Ihr berufliches Leistungsvermögen
eingeschränkt?

Tragen Belastungen am Arbeitsplatz zu Ihren
gesundheitlichen Beschwerden bei?

Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre berufliche
Tätigkeit belastet:

Haben Sie Interesse, berufliche Probleme im
Rahmen der Rehamassnahmen zu bearbeiten?

Haben Sie Interesse, an einer berufsbezogenen
Schulungsgruppe teilzunehmen?

Ausbildung

Schulbildung:

Berufsausbildung:

von bis Tätigkeit:
von bis Tätigkeit:
von bis Tätigkeit:
von bis Tätigkeit:
von bis Tätigkeit:

Arbeitslosigkeit von _____ bis

Umschulungen:

Jetzige (bzw. letzte) berufliche Tätigkeit

Arbeitsstellenbezeichnung:

Name der Firma, bei der Sie angestellt sind:

Kurze Beschreibung der Arbeitsaufgaben:

Arbeitsweg/Transportmittel: ☐ Öffentliche Verkehrsmittel
☐ PKW km Sonstige Anfahrtszeit Min.

Arbeitszeit: wöchentlich Std., tägl. von bis

Regelmäßige Überstunden: ☐ ja, ca. Std./Woche nein

Bereitschaftsdienst: ja nein **Schichtdienst:** ja nein

Innendienst: % der Arbeitszeit. **Außendienst:** % der Arbeitszeit.

Pausenregelung:

Sitzende Tätigkeit: % der Arbeitszeit. **Stehende Tätigkeit:** % der Arbeitszeit.

Gehende Tätigkeit: der Arbeitszeit.

Wechsel vom Sitzen, Stehen und Gehen mindestens stündlich möglich? ja nein

Bildschirmarbeit: % der Arbeitszeit.

Heben Tragen Ziehen Schieben von Lasten

Durchschnittlich kg Maximal kg

Befinden Sie sich beim Bewegen der Lasten in einer unbequemen Haltung? ☐ ja ☐ nein

Heben notwendig: öfter gelegentlich

Technische Hilfsmittel vorhanden (z. B. Ladelift, Kran...):

Zwangshaltungen:

Bücken	☐ gar nicht	☐ gelegentlich	☐ öfter	☐ häufig
Hocke	☐ gar nicht	☐ gelegentlich	☐ öfter	☐ häufig
Knien	☐ gar nicht	☐ gelegentlich	☐ öfter	☐ häufig
Liegen	☐ gar nicht	☐ gelegentlich	☐ öfter	☐ häufig
Freie Armvorhalte	☐ gar nicht	☐ gelegentlich	☐ öfter	☐ häufig
Überkopfarbeiten	☐ gar nicht	☐ gelegentlich	☐ öfter	☐ häufig

Besondere Anforderungen:

☐ Hohe Verantwortung für Personen	☐ Starker Termin- und Zeitdruck	☐ Viel Publikumsverkehr
☐ Hohe Verantwortung für Sachen	☐ Konfliktsituationen am Arbeitsplatz	☐ Starke Lärmbelästigung
☐ Hohe Konzentration und Aufmerksamkeit	☐ Feinmotorische Arbeiten	☐ Hitze-Kälte-Belastung
		☐ Arbeit unter freiem Himmel
		☐ Hohe Staubbelastung

Sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz zufrieden? sehr mäßig nein

Welche konkreten Tätigkeiten an Ihrem letzten Arbeitsplatz sind für Sie problematisch oder nicht möglich?

Was stört Sie an Ihrem Arbeitsplatz? Was würden Sie sich wünschen?

Therapievorstellungen

Welche Ziele würden Sie gerne erreichen?

Schmerzlinderung
Schmerzfreiheit
Medikamente reduzieren
besser schlafen können
besser gehen können
länger stehen können
länger sitzen können
wieder arbeitsfähig werden
Tätigkeiten am Arbeitsplatz wieder besser ausführen können
Erwerbsunfähigkeitsrente bekommen
mich wieder besser selber versorgen zu können

den Haushalt wieder besser führen zu können
wieder Freunde und Veranstaltungen besuchen zu können
mich psychisch wieder besser fühlen
mehr über die Schmerzkrankheit erfahren
besser mit Schmerzen umgehen lernen
☐ Eigenübungsprogramm erlernen (Gymnastik, Entspannung, Akupressur etc.)
Gewichtsreduktion
☐

Mit welchen Therapien/Maßnahmen kann man Ihnen Ihrer Meinung nach am besten helfen?

Welche Schmerzstärke wäre für Sie erträglich? (0 = kein Schmerz / 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

Sind Sie bereit, an Gesprächen zur psychologischen Schmerztherapie aktiv teilzunehmen? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie bereit, zur Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes auch auf liebgewordene Gewohnheiten zu verzichten? ja nein

Sind Sie bereit, an einem speziellen Arbeitsplatztraining teilzunehmen? (nur für nicht berentete Patienten) ja nein

Sonstiges: _____

Ich habe den Fragebogen sorgfältig und soweit mir möglich ausgefüllt

allein mit Hilfe von

Datum

Hiermit bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben in diesem Dokument wahrheitsgemäß und vollständig sind

Ich stimme der Datenverarbeitung zum Zwecke der Rehaleistung zu.

Nach Bestätigen eines Pflichtfeldes wird das nächste Aktiv!

Ein Abschluss des Dokumentes ist erst mit Bestätigung der Pflichtfelder möglich!

Bitte bringen Sie bei Ihrer Anreise alle wichtigen ärztlichen und psychotherapeutischen Vorbefunde mit. Vielen Dank für Ihre Geduld und Ihre Sorgfalt.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen und wünschen Ihnen eine angenehme Anreise.

Ihr Behandlerteam des Schmerztherapiezentrum



**Schmerztherapiezentrum
Bad Mergentheim**

Fachklinik für Spezielle Schmerztherapie
und Schmerzpsychotherapie

www.schmerzlinik.com