

Datum:

Patient: Name:

Vorname:

Wie würden Sie Ihren Schmerz **jetzt** im Augenblick einschätzen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

kein max

Wie stark war der **stärkste** Schmerz in den letzten 4 Wochen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

kein max

Wie stark war der Schmerz in den letzten 4 Wochen im **Durchschnitt**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

kein max

Kreuzen Sie das Bild an, welches Ihren Schmerzverlauf am besten beschreibt:

Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



Dauerschmerzen mit Schmerzattacken



Schmerzattacken dazwischen schmerzfrei



Schmerzattacken dazwischen Schmerzen

Bitte kennzeichnen Sie Ihren **Hauptschmerzbereich**Strahlt Ihr Schmerz in weitere Körperregionen aus? ja nein

wenn ja, dann zeichnen Sie bitte die Richtung ein, wohin der Schmerz ausstrahlt.

Leiden Sie in den eingezeichneten Bereichen an einem Brenngefühl (z.B. Brennesseln)?nie kaum gering mittel stark sehr stark **Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen ein Kribbel- oder Prickelgefühl (wie Ameisenlaufen, Stromkrüppeln)?**nie kaum gering mittel stark sehr stark **Ist leichte Berührung (Kleidung, Bettdecke) in diesem Bereich schmerhaft?**nie kaum gering mittel stark sehr stark **Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen blitzartige, elektrisierende Schmerzattacken?**nie kaum gering mittel stark sehr stark **Ist Kälte oder Wärme (Badewannenwasser) in diesem Bereich gelegentlich schmerhaft?**nie kaum gering mittel stark sehr stark **Leiden Sie in den von Ihnen eingezeichneten Bereichen unter Taubheitsgefühl?**nie kaum gering mittel stark sehr stark **Löst ein leichter Druck z.B. mit dem Finger in diesem Bereich Schmerzen aus?**nie kaum gering mittel stark sehr stark

(vom Arzt auszufüllen)

nie kaum gering mittel stark sehr stark

<input type="checkbox"/> x 0 = 0	<input type="checkbox"/> x 1 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 2 = <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 3 = <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 4 = <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 5 = <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	--	--	--	--

Score-Gesamtsumme von 35

Datum: _____

Patient: Name: _____

Vorname: _____

Bitte übertragen Sie die Score-Gesamtsumme vom Schmerz-Fragebogen:

Score-Gesamtsumme

Addieren Sie bitte die folgenden Zahlen, je nach angekreuztem Schmerzverlaufs-muster und Schmerzausstrahlung. Bilden Sie dann die Score-Endsumme:



Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

0



Dauerschmerzen mit Schmerzattacken

- 1

falls angekreuzt, oder



Schmerzattacken dazwischen schmerzfrei

+ 1

falls angekreuzt, oder



Schmerzattacken dazwischen Schmerzen

+ 1

falls angekreuzt



Ausstrahlende Schmerzen ?

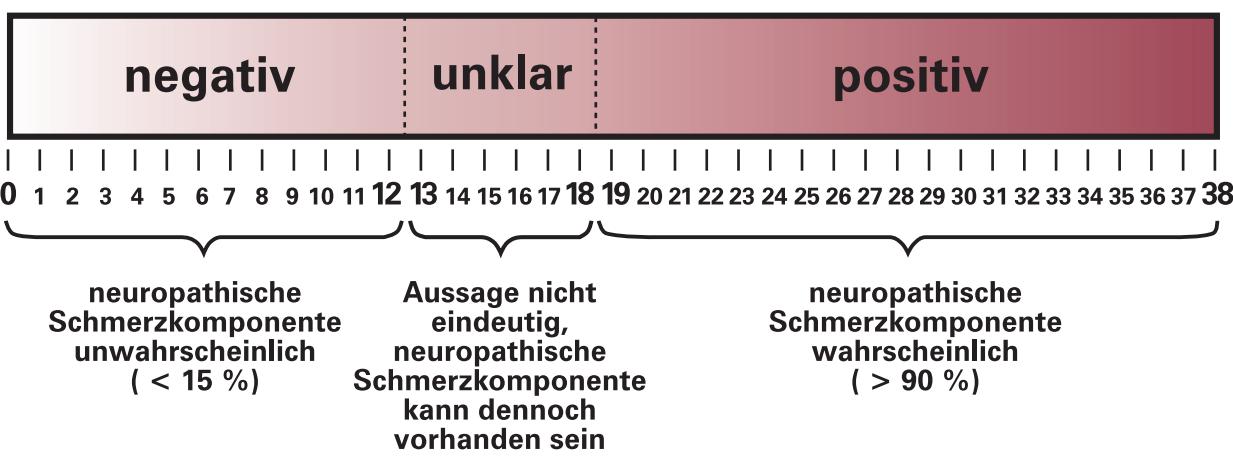
+ 2

falls ja

Score-Endsumme

Screening-Ergebnis

auf das Vorliegen einer neuropathischen Schmerzkomponente



Dieser Bogen ersetzt keine ärztliche Diagnostik!
Er dient dem Screening auf Vorliegen einer neuropathischen Schmerzkomponente.



DFNS