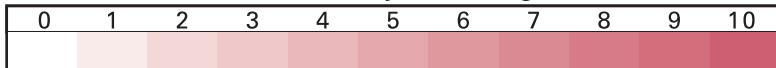
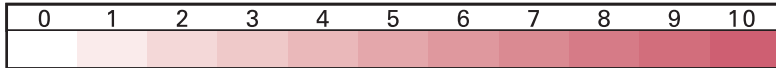


Datum: _____ Patient: **Name:** _____ **Vorname:** _____

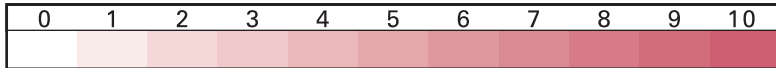
Wie würden Sie Ihren Schmerz **jetzt** im Augenblick einschätzen?



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



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



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



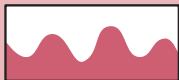
Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

☐


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, Stromkribbeln)?

nie ☐ kaum ☐ gering ☐ mittel ☐ stark ☐ sehr stark ☐

Ist leichte Berührung (Kleidung, Bettdecke) in diesem Bereich schmerzhaft?

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 schmerzhaft?

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

☐ x 0 = ☐ x 1 = ☐ x 2 = ☐ x 3 = ☐ x 4 = ☐ x 5 =

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 Schmerzverlaufsmuster und Schmerzausstrahlung. Bilden Sie dann die Score-Endsumme:



Dauerschmerzen
mit leichten Schwankungen

0



Dauerschmerzen
mit Schmerzattacken

- 1

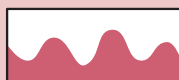
falls angekreuzt, oder



Schmerzattacken
dazwischen schmerzfrei

+ 1

falls angekreuzt, oder



Schmerzattacken
dazwischen Schmerzen

+ 1

falls angekreuzt



Ausstrahlende Schmerzen ?

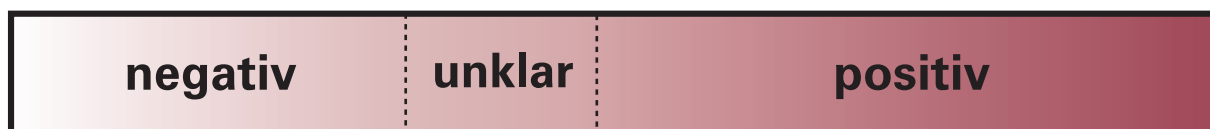
+ 2

falls ja

Score-Endsumme

Screening-Ergebnis

auf das Vorliegen einer neuropathischen Schmerzkomponente



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38

neuropathische
Schmerzkomponente
unwahrscheinlich
(< 15 %)

Aussage nicht
eindeutig,
neuropathische
Schmerzkomponente
kann dennoch
vorhanden sein

neuropathische
Schmerzkomponente
wahrscheinlich
(> 90 %)

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



DFNS

