Franziskus Spital
Innere Medizin Margareten
Schmerztherapie
Vorstand: Prim. Doz. Dr. Stefan Aschauer
Leiter: OA Dr. Rainer Fiala

Nikolsdorfergasse 32, 1050 Wien
01 546 05 2007
im5@franziskusspital.at
franziskusspital.at

Fragebogen Patient*in

Name: _____ Geb. Datum: _____
SV-Nummer: _____ Versicherung:_____
Wohnadresse: _ _____
Tel. Nr. : _____ E-Mail Adresse: _____

Überweisende*r Ärzt*in:
Name: _____ Telefonnr.:_____
Adresse: _____

Besteht eine Zusatzversicherung? ja ☐ nein ☐
... wenn ja, welche? _____

1. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung? *Mehrfachantworten sind möglich.*

Kopf / Gesicht	☐	Nacken / Schultern	☐
Arme / Hände	☐	Oberer Rücken / Brustwirbelsäule	☐
Unterer Rücken / Lendenwirbelsäule	☐	Hüften / Gesäß	☐
Beine / Füße	☐	Bauchbereich (Ober- und Unterbauch)	☐
Schmerzen in einer Körperhälfte / im ganzen Körper	☐	Sonstige	☐

2. Seit wann bestehen diese Schmerzen?

weniger als 1 Monat ☐
1 Monat bis 1/2 Jahr ☐
1/2 Jahr bis 1 Jahr ☐
1 bis 2 Jahre ☐
2 bis 5 Jahre ☐
mehr als 5 Jahre ☐

Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind?
nein ☐ ja ☐ und zwar:_____

3. Geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Schmerzen an.
Kreuzen Sie bitte auf den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden. Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

Geben Sie zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

kein Schmerz stärkster Schmerz

3a. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** w**ährend der Nacht** an:

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

kein Schmerz stärkster Schmerz

* Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechterspezifische Schreibweise verzichtet.

3b. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke tagsüber** an:

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐
kein Schmerz stärkster Schmerz

4. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie alle Medikamente ein, die Sie zurzeit einnehmen (z.B. Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel, etc)

_____
_____
_____

4a. **Frühere Schmerzmedikamente.** Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben. Bitte bewerten Sie auch deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen

_____
_____
_____

4b. **Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?**

ja ☐ nein ☐
Wenn ja, gegen welche?
_____
_____
_____

5. Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen?**

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt.
Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte.

Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs

Welche Erkrankung: _____

Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie, Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall

Andere: _____

Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Tuberkulose, Lungenentzündung
Andere: _____

Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie
Andere: _____

Magen-, Darmerkrankungen z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit), Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels), Magen- oder Darmblutung
Andere: _____

* Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechterspezifische Schreibweise verzichtet.

Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse
Andere: _____

Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung, Nierenkoliken, Nierensteine
Andere: _____

Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkankheit, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Erhöhung der Blutfettwerte
Andere: _____

Hauterkrankungen z.B. Psoriasis (Schuppenflechte), Nesselsucht, Ekzeme
Andere: _____

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes z.B. Chronische Polyarthritis, M.Bechterew, rheumatische Muskelentzündung, Skoliose, Osteoporose, Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk, Bruch eines Wirbelkörpers
Andere: _____

6. **Wurden Sie wegen Ihrer Schmerzen bereits untersucht oder behandelt?**

   ja ☐ nein ☐

7. **Kreuzen Sie bitte die Facharzt- bzw. Berufsgruppe an, die Sie wegen Ihrer Schmerzen bisher aufgesucht haben**. (Mehrfachantworten sind möglich).

   Hausärzt*in ☐ Neurochirurg*in ☐ Physiotherapeut*in ☐ Radiologe*in ☐
   Chirurg*in ☐ Neurologe*in ☐ Psychiater*in ☐ Schmerztherapeut*in ☐
   Internist*in ☐ Orthopäde*in ☐ Psychotherapeut*in ☐ Ergotherapeut*in ☐
   Andere _____

8. **Wurden bei Ihnen aufgrund Ihrer Schmerzen bildgebende Verfahren durchgeführt**?
   (z.B. MRT, Röntgen, CT, Ultraschall)?

   ja ☐ nein ☐

9. **Hatten Sie schon einmal eine Operation, die im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen stand?**

   ja ☐ Wie oft? _____ mal nein ☐

10. **Wenn ja, welche? Bitte notieren Sie diese Operationen:**

Art der Operation	Jahr der Operation
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

11. **Bitte notieren Sie hier Ihre schmerzbezogenen stationären Behandlungen (Krankenhausaufenthalte):**

Name	Adresse	in Behandlung von – bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechterspezifische Schreibweise verzichtet.

12. Bitte notieren Sie hier Ihre schmerzbezogenen Aufenthalte in Kur- oder Rehabilitationskliniken:

Name	Adresse	in Behandlung von – bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

13. Haben Sie einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente (Frührente aus Gesundheitsgründen) gestellt?

ja ☐
Der Antrag …
ist bewilligt worden ☐
ist noch nicht entschieden ☐
ist abgelehnt ☐

nein ☐ Überlegen Sie derzeit, einen solchen Antrag zu stellen?
ja ☐ nein ☐

14. Wurde bei Ihnen ein **anerkannter Grad der Behinderung** (GdB) festgestellt?

ja ☐ nein ☐

wenn ja, wie hoch ist der Grad der Behinderung? _____

15. Besteht eine Sprachbarriere?

Deutsch oder Englisch muss fließend gesprochen werden. Alternativ muss tagsüber eine angehörige Person mit ausreichenden Deutsch- oder Englischkenntnissen vor Ort sein. Andernfalls kann insbesondere bei physikalischen und therapeutischen Maßnahmen ein erhöhtes Verletzungsrisiko bestehen.

nein ☐ ja ☐

Sehr geehrte*r Patient*in, bitte übermitteln Sie das vollständig ausgefüllte Formular (gemeinsam mit dem Einweisungsbogen des ärztlichen Zuweisers) an schmerztherapie@franziskusspital.at

* Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechterspezifische Schreibweise verzichtet.