

Persönlicher Schmerz-Fragebogen

1

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM

Dieser Fragebogen hilft Ihrem Facharzt, Ihr Schmerz-Problem richtig zu verstehen.
Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig.

Sie können auf der Rückseite der Seiten zusätzliche Bemerkungen zu Ihren Schmerzen anfügen.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen **selber** aus, **ohne Hilfe** von jemandem, weil wir wissen möchten, wie **Sie ganz persönlich** Ihre Schmerzen erleben.

Schmerzen bestehen aus körperlichen Empfindungen und Emotionen. Diese beeinflussen sich gegenseitig.
Deshalb stellen wir teilweise auch etwas intime Fragen.

Nachname _____ Vorname _____
Strasse _____ Nr _____
PLZ _____ Ort _____ Tel-Nr Fest-Nr _____
Geburtsdatum Tg _____ Mt _____ J _____ Tel-Nr Handy _____
Gewicht _____ kg Grösse _____ cm

Krankenkasse _____ Sektion _____

Vers-Nr _____ Hausarzt-Modell Nur im Kanton (ZH) (____)

Spital Allg Halbpriv Priv

Unfallversicherung _____ Agentur _____

Vers-Nr _____

Selbstzahler (keine Versicherung, die zahlt)

Sie sind durch Ihren Arzt angemeldet worden? Ja Nein

Praxisadresse:

Name des Arztes / der Ärztin _____

Facharzt / Fachärztin für _____

Strasse _____ Nr _____

PLZ _____ Ort _____ Tel-Nr Praxis _____

Lebensumstände

Sie leben allein mit Partner(in) Familie mit Kindern

Sie sind ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet

Persönlicher Schmerz-Fragebogen

2

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM

Bei welchen Schmerzen möchten Sie von uns Hilfe? (kurz beschreiben)

Sind die Schmerzen Ihr Hauptproblem?

- Ja, das ist mein Hauptproblem.
- Nein. Mein Hauptproblem ist:

Was hat Ihre Schmerzen ausgelöst?

- Ein Ereignis
- Mehrere Ereignisse

Beschreiben:

-
- Unfall
 - Krankheit
 - persönliches Ereignis
 - familiäres Ereignis
 - Verletzung
 - Arbeit
 - Sport
 - nach Operation
 - Tumor
 - weiss es nicht

Wie haben die Schmerzen angefangen?

- langsam begonnen
- plötzlich gekommen

Was denken Sie, ist der Grund Ihrer Schmerzen?

Wie oft haben Sie Schmerzen?

- dauernd
- ___ mal /Stunde
- ___ mal /Tag
- ___ mal /Woche
- ___ mal /Monat

Die Schmerzen sind seit dem ersten Mal

- gleich geblieben
- stärker geworden
- schwächer geworden

Wie oft haben Sie keine Schmerzen? für ___ Minute(n) für ___ Stunde(n);
für ___ Tag(e), für ___ Woche(n)

Persönlicher Schmerz-Fragebogen

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM

Sind die Schmerzen anders geworden, seit dem ersten Mal? Ja Nein

Wie anders? _____

Waren Sie einmal für ein paar Tage schmerzfrei? Ja Nein

Wie verändern sich die Schmerzen bei:

	stärker	gleich	schwächer		stärker	gleich	schwächer
Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	feuchtes Klima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	trockenes Klima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
massieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kaltes Wetter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	heisses Wetter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liqör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aperitif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aufstehen morgens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwarztee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CocaCola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufregung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rütteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
plötzliche Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
bestimmte Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Beschreiben:

Löst etwas von all dem die Schmerzen **aus?**
(unterstreichen)
oder hier beschreiben: _____

In welcher Körperposition haben Sie am wenigsten Schmerzen?

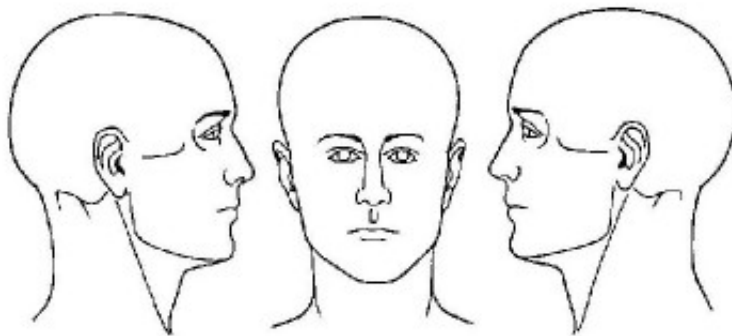
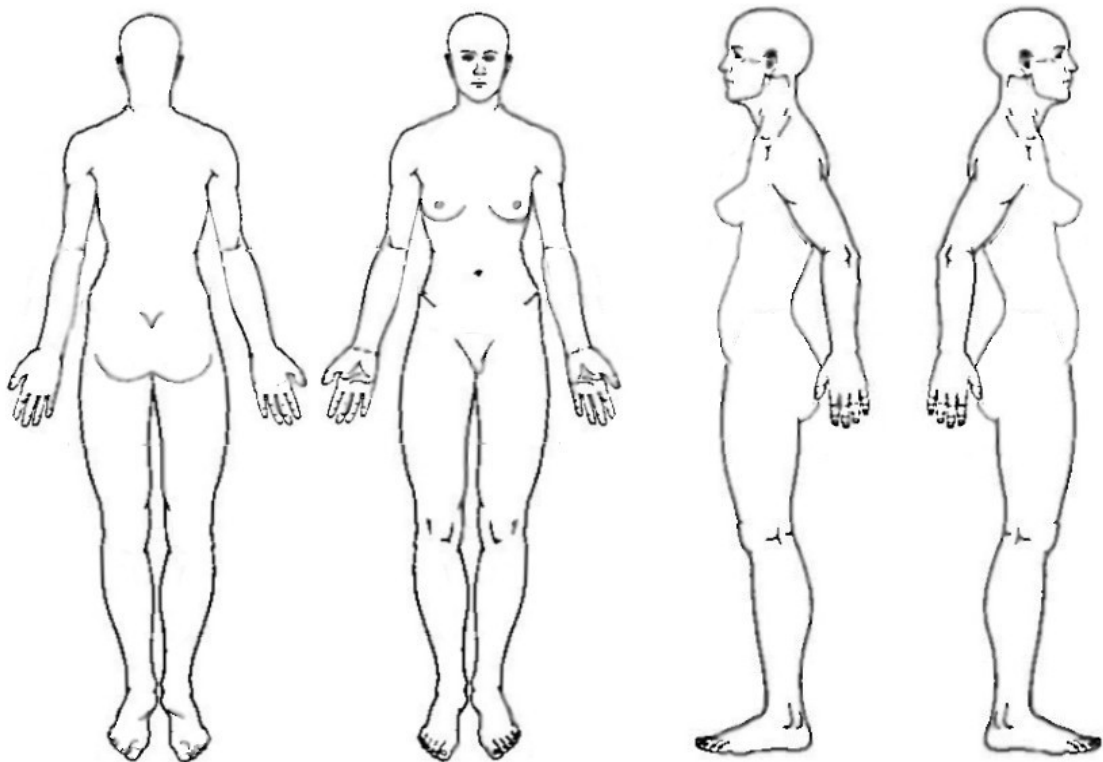
Beschreiben:

Persönlicher Schmerz-Fragebogen

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM

Zeichnen Sie ein, wo Sie Schmerzen haben: (schraffieren / anmalen)

Körper-Regionen, die **schon bei leichtem Berühren Schmerzen** auslösen: Rot anmalen



Persönlicher Schmerz-Fragebogen

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM

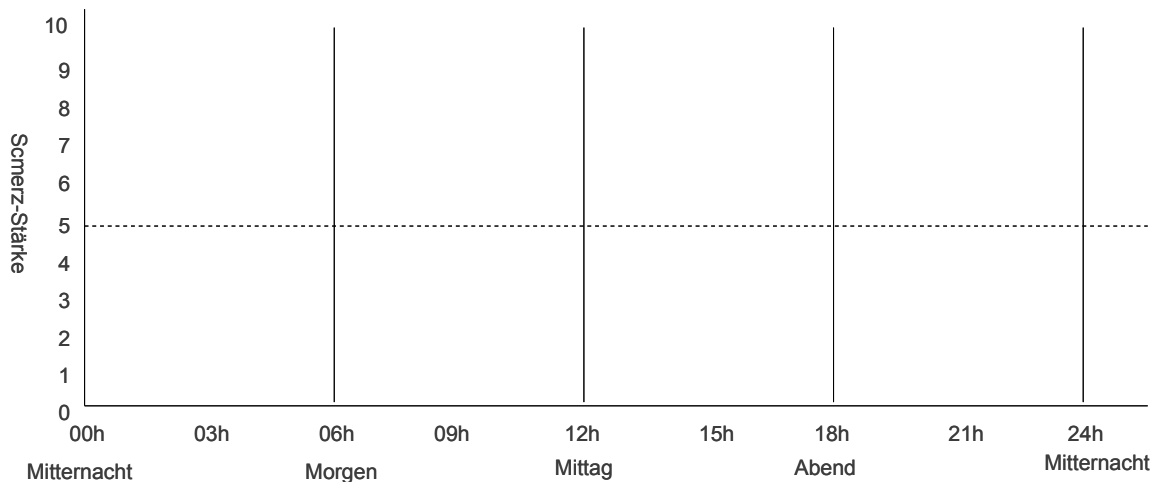
Gibt es Punkte oder Flächen an Ihrem Körper, die, wenn Sie dort berühren oder reiben, die Schmerzen stärker machen? Ja Nein

Haben Sie ein **eigenartiges Gefühl**, wenn Sie die schmerzhaften Stellen berühren oder reiben? Ja Nein

Wenn ja, beschreiben Sie die Körperregion und das Gefühl:

Schmerz-Verlauf während eines Tages. (mit x einzeichnen)

0 = kein 10 = unerträglicher Schmerz



In welchen Stunden schlafen Sie? ___ h bis ___ h

evtl. 2. Schlaf ___ h bis ___ h

Wie lange geht es, bis Sie **einschlafen** können? ___ Min ___ Std ___ länger

Um welche Zeit erwachen Sie **morgens** ___ h

Wie oft **erwachen Sie nachts** wegen Ihrer Schmerzen? ___ x

Persönlicher Schmerz-Fragebogen

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM

Schmerzverlauf seit dem ersten Mal (Tage / Wochen / Monate)

0 = kein 10 = unerträglicher Schmerz (mit x einzeichnen)



Falls die Schmerzen nach einer Verletzung, einer kurzen Krankheit, oder einer Operation erstmals aufgetreten sind, **wann war das?**

___ Tag(e) ___ Woche(n) ___ Monat(e) ___ Jahr(e)

(falls zutreffend) Wie lange nach der Verletzung / Operation sind die Schmerzen erstmals aufgetreten?

___ Tag(e) ___ Woche(n) ___ Monat(e) ___ Jahr(e)

Wie viel Zeit ist vergangen, bis Sie nach den ersten Schmerzen einen Arzt aufgesucht haben?

___ Tag(e) ___ Woche(n) ___ Monat(e) ___ Jahr(e)

Wie viel Zeit ist vergangen, bis die Schmerzen am schlimmsten geworden sind?

___ Minute(n) ___ Stunde(n) ___ Tag(e) ___ Woche(n) ___ Monat(e)

Persönlicher Schmerz-Fragebogen

7

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM

Schmerzcharakter beschreiben

Beschreiben Sie, wie sich der Schmerz anfühlt; mit **Ihren eigenen** Worten.

Haben Sie mehrere Schmerzen, beschreiben Sie sie alle einzeln.

Suchen Sie die Wörter aus, die Ihre Schmerzen am besten beschreiben

- flackern zitternd pulsierend brummend Prügel Schläge
- wie angesprungen blitzend einschliessend Schock
- wie Bienen- oder Wespenstich bohrend mit Messer stechend
- scharf schneidend wie frische Verletzung
- drückend krampfartig wie Quetschen
- zerrend ziehend wie verrenken
- heiss brennend verbrühen anbraten
- prickelnd juckend wie Brennessel
- schlimm wie Muskelkater schwer
- empfindlich angespannt kratzend
- ermüdend erschöpfend
- Übelkeit auslösend erstickend
- Angst auslösend Furcht auslösend Schrecken einjagend
- bestrafend strapaziös grausam bösartig vernichtend
- sterbenselend
- belästigend mühselig elend intensiv unerträglich
- ausstrahlend ausbreitend durchdringend durchstossend
- einschnürend taub ziehend quetschend zerrend
- kühl kalt frierend eisig
- Brechreiz auslösend bedrohlich folternd

Persönlicher Schmerz-Fragebogen

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM

Behindert durch die Schmerzen bei:

	nie	täglich	alle paar Tage	alle paar Wochen
Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familien Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Private Pflichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit-Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was haben Sie jeden Tag gemacht, bevor die Schmerzen begonnen haben:

Art der Aktivität _____ Stunden / Tag _____

Was machen Sie heute noch jeden Tag, seit die Schmerzen begonnen haben:

Art der Aktivität _____ Stunden / Tag _____

Wie weit haben Sie zu Fuss gehen können, bevor Sie ihre Schmerzen angefangen haben?

__m __km oder __Min __Std

Wie weit können Sie **jetzt noch** gehen?

__m __km oder __Min __Std

Sind Sie Auto gefahren, **bevor** die Schmerzen begonnen haben? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Stunden? __h; und **jetzt seit Sie Schmerzen haben?** __h

Nehmen wir an, Ihre Schmerzen können genügend gelindert werden; **was würden Sie wieder tun,**
das Sie wegen der Schmerzen nicht mehr tun können?

Persönlicher Schmerz-Fragebogen

9

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM

Berufliche Tätigkeit

Sie sind ausgebildet als _____

Sie arbeiten als _____

Sie arbeiten _____ % seit ____/____/____

Sie sind jetzt arbeitslos Ja Nein

Sie fühlen sich genügend fit für die jetzige Arbeit Ja teilweise Nein

Sie fühlen sich durch Ihre Arbeit befriedigt teilweise befriedigt unbefriedigt

Ihre Arbeit / Ihr Job

Wie viele Stunden **arbeiten sie jetzt** pro Woche? ____h

Falls Sie angestellt sind, **behindern Sie die Schmerzen bei Ihrer Arbeit?**

Nein

Ja

Wie _____

Welche Arbeit haben Sie an Ihrer **vorherigen / früheren Stelle** verrichtet?

Wann haben Sie das letzte Mal gearbeitet?

Datum ____/____/____

Welche Anstellung hat **Ihr Partner / Ihre Partnerin**? _____

In welcher **Position / Stellung** sind Sie gegenwärtig angestellt?

(kurz beschreiben)

- Vollzeit-Anstellung/Job Teilzeit-Anstellung/Job
- pensioniert früh-pensioniert
- Hausfrau / Hausmann
- nicht angestellt wegen der Schmerzen
- nicht angestellt aus anderen Gründen: _____

Finanzielle Situation Welche Art Einnahmen haben Sie gegenwärtig?

- Persönliches, **regelmässiges** Einkommen pers. **unregelmässiges** Einkommen
- Arbeitslosengeld Krankenk. Taggeld Unfallvers. Taggeld
- Einkommen durch Partner / Partnerin / Ehepartner
- Pension / Altersrente anderes Einkommen kein Einkommen

Erwarten Sie eine Invaliden-Rente Ja Nein

Unfallversicherung / Abgeltung Ja Nein

Schadenersatz Ja Nein

Wer zahlt für Ihre Arztkosten? Kr-Vers Unfall-Vers Sozialamt

Wer zahlt für Ihre Spitalkosten? Kr-Vers Unfall-Vers Sozialamt

Zahlen Sie alles aus der eigenen Tasche? Ja Nein

Persönlicher Schmerz-Fragebogen

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM

Rechtliche Situation

Ist ein gerichtlicher Vergleich oder gerichtlicher Prozess hängig betreffend
Unfallvers. / Haftpflichtvers. Entschädigung? Ja Nein
IV-Rente Ja Nein

(kurz beschreiben)

Schmerz-Medikamente und andere Medikamente:

Listen Sie **alle** Medikamente auf, die Sie **gegenwärtig** einnehmen

Medikament	Dosis	Mo	Mi	Ab	Na
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Listen Sie alle Medikamente auf, die Sie **schon versucht** haben:

Medikament	Dosis	Mo	Mi	Ab	Na
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönlicher Schmerz-Fragebogen

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM

Welche der folgenden Behandlungen haben Sie schon zur Linderung Ihrer Schmerzen versucht?

Behandlungen	Wirkung:	viel besser	etwas b.	gleich	schlechter	viel schlechter
Homöopathie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressivum		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungsübungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur / Akupressur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapeutische Übungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biofeedback		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triggerpunkt-Injektionen (Neuraltherapie)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropraktik		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operation _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokalanästhesien / Nervenblockaden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TENS (Transkut. Elektr. Nerven-Stimulation)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schiene / Gips		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönlicher Schmerz-Fragebogen

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM

Frühere Schmerz-Probleme

Für welche Schmerz-Probleme sind Sie **schon früher behandelt worden?**

Schmerzen	Behandlung	Wirkung	Datum
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Wie oft mussten Sie schon **notfallmässig in Spital / Klinik** wegen eines Schmerz-Problems?

____ x ambulat ____ x stationär

Hat eine **verwandte Person oder eine eng befreundete Person** ein ernsthaftes Schmerz-Problem gehabt?

Nein Ja Welches Schmerzproblem?

Persönlicher Schmerz-Fragebogen

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM

Allgemeine medizinische Vorgeschichte

Welche anderen gesundheitlichen Probleme haben Sie **gegenwärtig**?

Wirken sich diese gesundheitlichen Probleme auf die Schmerzen aus?

- Ja Nein

Liste aller Medikamente, die Sie **ausser** den Schmerz-Medikamenten einnehmen

Medikament	Dosierung	warum
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Liste aller Operationen, die **nicht** wegen der Schmerzen durchgeführt worden sind

Operation	Datum	Wirkung
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Persönlicher Schmerz-Fragebogen

14

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM

Krankheiten gegenwärtig / früher

- Diabetes
- Nase Nasennebenhöhlen Stirnhöhlen Tonsillen Nase
- Kehlkopf Bronchien Lunge
- Herz Insuffizienz Rhythmusstörungen Infarkt
- Bluthochdruck Thrombose Schlaganfall
- Leber Gallenblase Bauchspeicheldrüse
- Nieren Harnleiter Harnblase Harnröhre
- Magenulkus Dünndarmprobleme Dickdarmprobleme Enddarm
- Hautulkus
- Gelenke
- Krebs
- Epilepsie
- Psychische / Emotionale Probleme _____
- andere _____

Allergien / Überempfindlichkeit / Intoleranz

- Penicillin Aspirin Codein
- Novocain Lidocain Procain
- anderes Lokalanästhetikum _____
- Schlaftabletten _____
- Antibiotikum _____
- Antirheumatikum _____
- auf andere Medikamente _____

Allgemeine Checkliste: falls ja, ankreuzen

- Haben Sie im Leben allgemein eine schwache Gesundheit gehabt?
- Haben Sie Schluckbeschwerden gehabt?
- Haben Sie Verlust oder Veränderung Ihrer Stimme gehabt?
- Waren oder sind Sie schwerhörig oder hörten einmal gar nichts?
- Haben Sie einmal Doppelsehen gehabt?
- Haben Sie verschwommenes Sehen gehabt?
- Waren Sie einmal kurzzeitig blind?
- Haben Sie einmal das Bewusstsein verloren, Blackout?
- Haben Sie einmal nicht sprechen können?
- Haben Sie einmal Gedächtnisverlust gehabt?
- Haben Sie epileptische oder andere Krämpfe gehabt?
- Haben Sie Schwierigkeiten gehabt zu gehen, laufen?

Allgemeine Checkliste (Fortsetzung): (zutreffendes ankreuzen)

- Lähmung oder Muskelschwäche?
 - Schwierigkeiten Urin zu lösen, Harnverhalten?
 - Bauchschmerzen unklarer Art?
 - Übelkeit unklarer Art?
 - Brechanfälle?
 - Blähungen?
 - Nahrungsmittel-Intoleranz (immer wieder erbrochen, Hautausschlag auf best. Essen)
 - Chronisch Durchfall?
 - Veränderung der Libido?
 - Veränderung beim Orgasmus?
 - Schmerzen in den Genitalien ohne Sex?
 - Schmerzen während Sex?
 - Haben Sie oft Rückenschmerzen?
 - Gelenkschmerzen (Finger, Hand, Schulter, Hüft, Knie, Fuss)
 - andere Hand-, Arm-, Oberschenkel-, Unterschenkel-, Fusschmerzen?
 - Schmerzen beim Urinieren
 - Schmerzen beim Stuhlgang (Defäkieren)
 - Atemnot
 - Herzklopfen
 - Schmerzen auf der Brust
 - Schwindel
- Ist jemand, der Ihnen nahe steht, kürzlich schwer erkrankt oder gestorben?
- Nein Ja _____

- Schmerzhaftes Menstruation (Monatsblutung)
- Unregelmässige Menstruationen
- Schmerzhaftes Brüste
- Übermässig starke Monatsblutung
- Sehr starkes Erbrechen während Schwangerschaft; Behandlung nötig gemacht.

Persönlicher Schmerz-Fragebogen

16

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM

Stimmung:

- | | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Ich mache mir oft Sorgen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> kaum | <input type="checkbox"/> keine |
| Ich bin zuversichtlich | <input type="checkbox"/> sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> kaum | <input type="checkbox"/> nicht |
| Ich bin häufig gereizt | <input type="checkbox"/> sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> kaum | <input type="checkbox"/> nicht |
| Ich habe Freude wie immer | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nicht mehr |
| Ich schlafe wie immer | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> fast | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nicht mehr |
| Ich bin oft betrübt, deprimiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| Ich bin nervös | <input type="checkbox"/> sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> kaum | <input type="checkbox"/> nicht |
| Ich bin ängstlich | <input type="checkbox"/> sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> kaum | <input type="checkbox"/> nicht |
| Ich habe viel Energie | <input type="checkbox"/> sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> kaum | <input type="checkbox"/> keine |
| Mein Gedächtnis ist einwandfrei | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> viel weniger | <input type="checkbox"/> schlecht |
| Meine Konzentration ist gut | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> viel weniger | <input type="checkbox"/> schlecht |
| Ich habe weniger Appetit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | |
| Ich habe mehr Appetit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | |
| Mein Gewicht ist in den letzten Monaten | <input type="checkbox"/> gleich | <input type="checkbox"/> _____kg weniger | <input type="checkbox"/> _____kg mehr | |
| Ich habe Kontrolle darüber, was mit mir im Leben geschieht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> weniger | <input type="checkbox"/> kaum | <input type="checkbox"/> keine |
| Es gibt vieles, worüber ich verärgert, wütend bin | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nein |
| Viele Dinge, die mir Freude gemacht haben, machen es nicht mehr | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich habe Schuldgefühle, ohne zu wissen, woher sie kommen | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| Ich habe Menschen, auf die ich zählen kann und die mir helfen werden, wenn ich sie brauche | <input type="checkbox"/> ja sicher | <input type="checkbox"/> wahrscheinlich | <input type="checkbox"/> kaum | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich bin gegenwärtig unter grossem Stress | <input type="checkbox"/> sehr | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> kaum | <input type="checkbox"/> nicht |
| Ich habe Glück im Leben | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |

Persönlicher Schmerz-Fragebogen

17

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM

Gibt es etwas, das Sie nicht gefragt worden sind in diesem Fragebogen, es aber noch gerne sagen möchten:

Wie dürfen wir Ihre Angaben verwenden?

Dürfen wir die Informationen, die Sie uns hier gegeben haben, an ihren Hausarzt /Hausärztin weitergeben?

Ja Nein

Dürfen wir die Informationen, die Sie uns hier gegeben haben, an weitere behandelnde Ärzte / Ärztinnen weitergeben?

Ja Nein

Ort _____ Datum ____/____/____

Ihre Unterschrift _____

Bitte nächste Seite auch ausfüllen:

Wir können damit die Rechnung **direkt** Ihrer Krankenversicherung senden.

Von der Krankenkasse erhalten Sie nur noch die Rechnung für den **Selbstbehalt**.

Zusätzlich kann es noch eine kleine Rechnung geben für **nicht bezahlte Medikamente und Material** *.

* Leider lässt sich das nicht immer vermeiden, weil eigenartigerweise ganz normale Medikamente wie Lokalanästhetika von gewissen Krankenkassen oder Unfallversicherungen nicht bezahlt werden.

Ohne Lokalanästhetika können wir Sie aber nicht anästhesieren und damit nicht behandeln.

Wir bitten Sie um Verständnis.

Bitte **Ihre Erlaubnis** an die rechnungsstellende Ärztekasse unterzeichnen ----->

Persönlicher Schmerz-Fragebogen

18

Medical Gateways GmbH - Dr. med. H. P. Wüest - Anästhesiologie FMH SSIPM



Bitte in Blockschrift ausfüllen
Si prega di scrivere in stampatello
Veuillez remplir en caractères d'imprimerie

Name/Vorname/Cognome/Nome/Nom/Prénom		Früherer Name/Cognome da nubile/Nom de jeune fille			
Geburtsdatum/Data di nascita/Date de naissance		Geschlecht/Sesso/Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Zivilstand/Stato civile/Etat-civil	
Name und Vorname des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)/Cognome e nome dei tutori (se si tratta di bambini)/ Nom et prénom du représentant légal (dans le cas d'un enfant)					
Adresse/Indirizzo/Adresse			PLZ/Wohnort/NPA/Località/NPA/Localité		
Telefon privat/Tel. privato/Tél. privé			Mobiltelefon/Cellulare/Tél. mobile		
E-Mail			Nationalität/Nazionalità/Nationalité		
Beruf/Arbeitgeber/Professione/Datore di lavoro/Profession/Employeur			Tel. Geschäft/Tel. ufficio/Tél. prof.		
Zuweisender Arzt/Ärztin/Hausarzt/Medico curante/Médecin traitant			AHV-Nr./No AVS/No AVS		
Krankenkasse/Vers./Cassa malati/Assicurazione/Caisse maladie/Assurance			Mitglied-Nr./No membro/No membre		
Garant/Kostenträger/Garante/Assicuratore/Garant					
<input type="checkbox"/> Allgemeinabteilung Camera comune Chambre commune		<input type="checkbox"/> Halbprivate Spitalversicherung Camera semi-privata Chambre semi-privée		<input type="checkbox"/> Private Spitalversicherung Camera privata Chambre privée	
<p>Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende Ärztekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen. Mein Arzt/Meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten. Ich akzeptiere mit Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung auf Papier oder elektronisch im Tiers Payant. (Rechnung direkt an die Krankenkasse)</p> <p>Vi autorizzo a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della fattura alla Cassa dei Medici, alla società eventualmente incaricata dell'incasso come anche alle istanze ufficiali competenti (ufficio d'esecuzione, giudice di pace, tribunali). Non si trasmette nessun dato che permette di risalire al caso concreto concernente il trattamento medico. Il mio medico è autorizzato a richiedere in visione gli atti medici che mi riguardano. Con la firma del presente formulario accetto che le mie fatture possano essere emesse, via carta o elettronicamente, in Terzo Pagante. (invio diretto agli assicuratori malattia)</p> <p>Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture à la Caisse des Médecins, à la société éventuellement chargée de l'encaissement ainsi qu'aux instances officielles compétentes (office des poursuites, juge de paix, tribunaux). Il va sans dire que vous ne livrez aucune donnée, susceptible de fournir des informations sur mon traitement médical, aux sociétés d'encaissement, à l'office des poursuites, au juge ou aux tribunaux compétents. Mon médecin est autorisé à demander les dossiers médicaux me concernant. Par la signature de ce formulaire, j'accepte une facturation éventuelle en papier ou électronique, en tiers payant. (Envoyer la facture directement à la caisse maladie)</p>					
Datum/Data/Date		Unterschrift/Firma/Signature			
English →					