

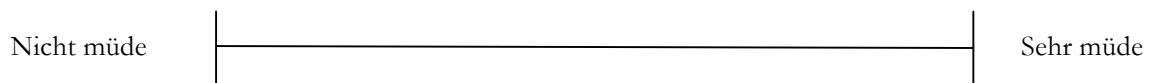


8. Allergien: Geben Sie bitte die bei Ihnen bekannten Allergien an, z.B. Hausstaub, Nahrungsmittel, Frühblühern

9. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Medikament	Dosierung

10. Bitte markieren Sie die Stelle auf der Linie, die am besten Ihren Zustand in den vergangenen 7 Tage beschreibt:
Wie müde sind Sie gewesen?



11. Haben Sie in den letzten 7 Tagen unter **Schmerzen im ganzen Körper** („überall“) gelitten? Ja Nein

12 . Bitte kreuzen Sie an, wie ausgeprägt einige **Beschwerden in den letzten 7 Tagen** waren. „0“ bedeutet „keine Beschwerden“, „10“ bedeutet „sehr starke Beschwerden“.

1. Wie stark sind Ihre **Schmerzen** gewesen?

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

kein Schmerzen

sehr starke Schmerzen

2. Wie ausgeprägt ist Ihre **körperliche Müdigkeit** bzw. Erschöpfbarkeit gewesen?

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

Keine Müdigkeit
Müdigkeit

sehr starke

3. Wie ausgeprägt ist Ihre **geistige Erschöpfbarkeit**, z. B. Konzentrationsstörungen, gewesen?

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

keine Erschöpfung
Erschöpfung

sehr starke

4. Wie ausgeprägt sind Ihre **Schlafstörungen** gewesen?

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

keine Schlafstörung
Schlafstörung

sehr starke

5. Haben Sie ein Steifigkeits- oder Schwellungsgefühl der **Hände** empfunden?

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

Überhaupt nicht
stark

sehr

6. Haben Sie ein Steifigkeits- oder Schwellungsgefühl der **Füße** empfunden?

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

Überhaupt nicht
stark

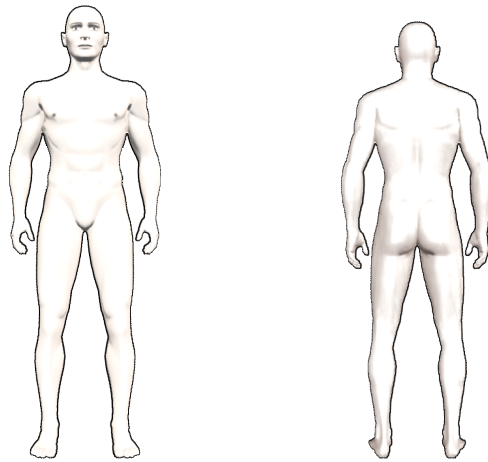
sehr

7. Haben Sie ein Schwellungsgefühl des **Gesichts** empfunden?

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

Überhaupt nicht
stark

sehr



Falls Sie unter Schmerzen leiden, markieren Sie bitte in der obigen Darstellung an welcher Stelle des Körpers Sie diese Schmerzen haben.

13. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte d. Tage
a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis			
b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt			
c. Leichte Ermüdbarkeit			
d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen			
e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen			
f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen			
g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit			

14. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	Mehr als der Hälfte d. Tage	Bei-nah jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten				
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit				
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf				
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben				
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen				
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben				
g. Schmerzen im Brustbereich				
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen				
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?				
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten				



15. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht	Wenig	Stark
a. Bauchschmerzen			
b. Rückenschmerzen			
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)			
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation			
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr			
f. Kopfschmerzen			
g. Schmerzen im Brustbereich			
h. Schwindel			
i. Ohnmachtsanfälle			
j. Herzklopfen oder Herzrasen			
k. Kurzatmigkeit			
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall			
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden			

16. Fragen zur Angst	Ja	Nein
a. Hatten Sie in den letzten 7 Tagen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?		
c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?		
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?		

17. Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:	Überhaupt nicht	Etwas	Relativ stark	Sehr stark

18. Bitte Füllen Sie die folgen Fragen nur aus, wenn Schmerzen der Hauptgrund Ihres Kommens sind?

1.1 Wie oft traten Ihre (Haupt-) Schmerzen in den letzten 4 Wochen im allgemeinen (durchschnittlich) auf?	(1) Nicht täglich, es gibt längere Phasen ohne Schmerz, die Schmerzen gehen auch wieder auf Null zurück (2) Täglich mehrfach, jedoch gehen die Schmerzen auf Null zurück. Es gibt auch schmerzfreie Phasen. (3) Die Schmerzen sind bis auf seltene schmerzfreie Momente und Schmerzfreiheit im Schlaf dauernd vorhanden, d.h. der Schmerz geht im allgemeinen nicht auf Null zurück.
1.2 Wie lange hielten Ihre (Haupt-) Schmerzen in den letzten 4 Wochen im allgemeinen an?	(1) In der Regel bis zu mehreren Stunden oder kürzer. (2) Meist mehrere Tage, höchstens bis zu einer Woche. (3) Länger als eine Woche oder sie sind dauerhaft vorhanden.
1.3.1 Zeigten Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen im allgemeinen Schwankungen in der Stärke, d.h. wechselten die Schmerzen zwischen	(1) Schwankungen zweimal oder öfter pro Woche (2) Schwankungen seltener als zweimal pro Woche



leichten, mäßigen und starken Schmerzen?	(3) Konstante Schmerzintensität
1.3.2 Traten Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen in unterschiedlicher Stärke auf, d.h. gab es leichte, mäßig starke und starke Schmerzanfälle?	(1) Die einzelnen Schmerzanfälle waren zumeist von unterschiedlicher Stärke.
	(2) Die einzelnen Schmerzanfälle waren nur zeitweise von unterschiedlicher Stärke.
	(3) Die einzelnen Schmerzanfälle hatten (nahezu) immer die gleiche Intensität.
2. An welchen Körperregionen litten Sie in den letzten 4 Wochen unter Schmerzen? Wie viele Schmerzbilder konnten Sie dabei unterscheiden?	(1) An einem zusammengehörenden Schmerzbild.
	(2) An zwei unterschiedlichen Schmerzbildern.
	(3) Mehr als zwei unterschiedliche Schmerzbilder oder Schmerzen an mehr als 50% des Körpers oder Ganzkörperschmerzen.
3.1 Haben Sie während der letzten 4 Wochen Medikamente gegen Ihre Schmerzen eingenommen?	(1) Keine Medikamente, oder Einnahme an weniger als 15 Tagen pro Monat
	(2) Bis maximal zwei „schwache“ Schmerzmittel wie z.B. Aspirin, Ibuprofen, Diclofenac, an mehr als 15 Tagen pro Monat
	(3) Mehr als zwei „schwache“ Schmerzmittel oder ein „starkes Schmerzmittel“ an mindestens 15 Tagen pro Monat.
3.2 Wurde bei Ihnen jemals ein Medikament, das Sie wegen Ihrer Schmerzen einnahmen, entzogen oder versucht, die Dosis wesentlich zu reduzieren?	(1) Keine Entzugsbehandlung
	(2) Einmalig eine Entzugsbehandlung
	(3) Mehrfach Entzugsbehandlungen
4.1 Haben Sie wegen nicht erfolgreicher Behandlungen Ihrer Schmerzen jemals Ihren Hausarzt gewechselt?	(1) Kein Wechsel des Hausarztes
	(2) Maximal drei Wechsel des Hausarztes
	(3) Mehr als drei Wechsel des Hausarztes
4.2 Wurden Sie bereits einmal wegen Ihrer Schmerzen stationär in einem Krankenhaus behandelt?	(1) Keine oder nur eine Krankenhausbehandlung wegen Schmerzen
	(2) Zwei bis drei Krankenhausbehandlungen wegen Schmerzen
	(3) Drei oder mehr Krankenhausbehandlungen wegen Schmerzen
4.3 Wurden Sie jemals aufgrund Ihrer Schmerzen operiert?	(1) Keine oder eine Operation
	(2) Zwei bis drei Operationen
	(3) Mehr als drei Operationen
4.4 Waren Sie aufgrund Ihrer Schmerzen jemals zu einem Kuraufenthalt oder zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme?	(1) Keine schmerzbezogene Kur oder Rehabilitationsmaßnahme
	(2) Ein bis zwei schmerzbezogene Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen
	(3) Drei oder mehr schmerzbezogene Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen



19. Unruhe in den Beinen

Ja Nein

Leiden Sie manchmal unter einem schwer zu beschreibenden, tief-sitzenden und unangenehmen Bewegungsdrang in den Beinen?

Nimmt dieser Bewegungsdrang zu, wenn Sie sich setzen oder ins Bett legen?

Wird es besser, wenn Sie sich bewegen oder gehen?

Wird es abends oder nachts schlechter?

20. Weiter wichtige Informationen. Benutzen Sie sonst ein Extrablatt, wenn der Platz nicht reicht.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und die Mühe des Ausfüllens. Bitte geben Sie den Fragebogen bei Ihrem ersten Besuch an der Anmeldung ab – wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit!