

Schmerz - Fragebogen
für
Kinder & Jugendliche[®]

Zentrum
Integrative Kinderschmerztherapie

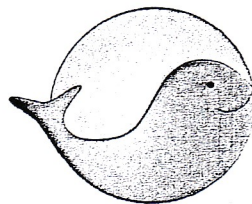
Delfin-Kids

Dr. R.Pothmann

Am Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf
Alsterdorfer Markt 8
22297 Hamburg

Tel: 040-50097727-2
Fax: 040-50097727-3

Homepage: www.delfin-kids.de
email: schmerztherapie@delfin-kids.de



delfin-kids

Hallo!

Wir möchten von Dir einige Informationen über Deine Schmerzen haben. Es kann sein, dass Dir vielleicht Fragen unwichtig vorkommen und mit dem Problem scheinbar nichts zu tun haben. Wir möchten aber einen möglichst guten Überblick bekommen und Dich bitten, den folgenden Bogen auszufüllen. Deine Angaben bleiben natürlich vertraulich.

DATUM: _____

Name: _____

Alter: _____ Geburtsdatum: _____

Schulklasse: _____ Schulform (z. B. Gesamtschule, Gymnasium): _____

Zur Vorgeschichte

1. Wann traten die Schmerzen zum ersten Mal auf? _____

2. Welche Schmerzen bestanden am Anfang? _____

3. Ist etwas Besonderes passiert, als Deine Schmerzen anfangen? _____

4. Wie stark sind Deine Schmerzen momentan? Kreise die zutreffende Zahl auf dem Lineal ein!

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Keine Stärkste vorstellbare
Schmerzen Schmerzen

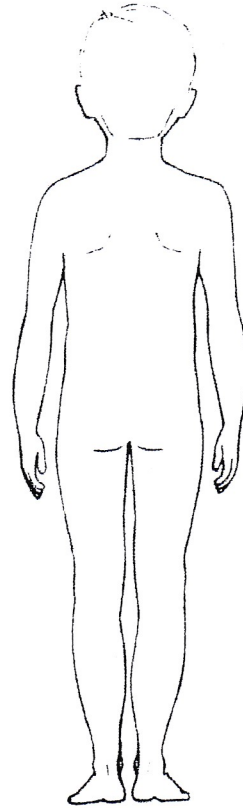
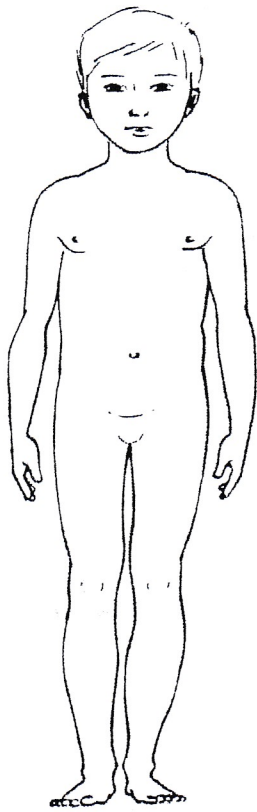
5. Wie stark waren Deine schwächsten und Deine stärksten Schmerzen in der letzten Woche?
Kreise die zutreffenden Zahlen auf dem Lineal ein!

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Keine Stärkste vorstellbare
Schmerzen Schmerzen

6. Wie oft hast Du Schmerzen?

- Dauernd Mehrfach täglich Täglich Über die Hälfte der Woche
 Wöchentlich Monatlich Alle 3 Monate Seltener

7. Wo sind Deine Schmerzen? Zeichne die schmerzhaften Stellen bitte ein! Schreibe die Stärke dazu!



8. Was glaubst Du, woher Deine Schmerzen kommen, was der Grund für Deine Schmerzen ist?

9. Hast Du noch andere Probleme, die gleichzeitig mit den Schmerzen auftreten?

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| Mir ist schlecht | <input type="checkbox"/> |
| ich muß erbrechen | <input type="checkbox"/> |
| mich stört helles Licht | <input type="checkbox"/> |
| es flimmert mir vor den Augen | <input type="checkbox"/> |
| mich stören laute Geräusche | <input type="checkbox"/> |
| mir ist schwindelig | <input type="checkbox"/> |
| ich bin ganz müde | <input type="checkbox"/> |
| etwas anderes | <input type="checkbox"/> O: was?..... |

10. Was löst Deine Schmerzen aus oder verschlimmert sie und wie sehr?

	Immer	Häufig	Manchmal	Selten	Nie
Zu wenig Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufregung, Hektik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kälte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wärme, Hitze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperliche Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wetterwechsel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Licht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lärm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Computerspiele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Süßigkeiten,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Streit, Ärger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wochenende oder Ferienbeginn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Wie sehr stören Dich die Schmerzen bei folgenden Beschäftigungen?

	Immer	Häufig	Manchmal	Selten	Nie
Familienleben genießen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freunde treffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fernsehen, Computerspielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesen, Spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausaufgaben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulbesuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häusliche Pflichten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lieblingsbeschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. In der folgenden Tabelle werden die Schmerzen genauer beschrieben. Bitte kreise an, was für Dich am besten zutrifft!

Ich empfinde meine Schmerzen als...

	Nicht	Wenig	Meistens	Genau		Nicht	Wenig	Meistens	Genau
Quälend	0	1	2	3	Schneidend	0	1	2	3
Grausam	0	1	2	3	Klopfend	0	1	2	3
Erschöpfend	0	1	2	3	Brennend	0	1	2	3
Heftig	0	1	2	3	Reißend	0	1	2	3
Mörderisch	0	1	2	3	Pochend	0	1	2	3
Elend	0	1	2	3	Glühend	0	1	2	3
Schauerhaft	0	1	2	3	Stechend	0	1	2	3
Scheußlich	0	1	2	3	Hämmernd	0	1	2	3
Schwer	0	1	2	3	Heiß	0	1	2	3
Entnervend	0	1	2	3	Bohrend	0	1	2	3
Marternd	0	1	2	3	Dumpf	0	1	2	3
Furchtbar	0	1	2	3	Drückend	0	1	2	3
Unerträglich	0	1	2	3	Ziehend	0	1	2	3
Lähmend	0	1	2	3	Pulsierend	0	1	2	3

13. Was tust Du, wenn Du Schmerzen hast?

14. Was tun Deine Eltern, wenn Du Schmerzen hast?

15. Was lindert Deine Schmerzen am besten?

	Immer	Häufig	Manchmal	Selten	Nie
Ausruhen, Entspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ablenken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wärme,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Computerspiele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- welche?					
a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Welche Dinge in Deinem Leben sollen sonst noch besser werden?

- a) _____
- b) _____
- c) _____

17. Was haben wir vergessen zu fragen?

18. Wenn Du Deine Schmerzen malen/zeichnen möchtest, kannst Du dies gerne noch tun z.B. auf der Rückseite!