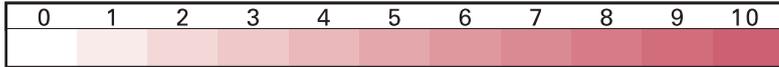


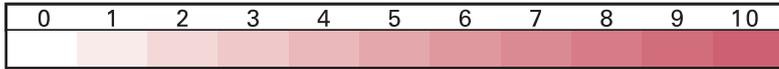
Datum: \_\_\_\_\_ Patient: **Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

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



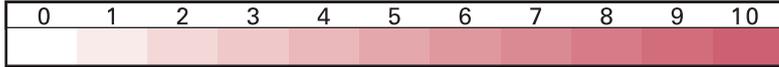
kein max

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



kein max

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



kein max

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



**Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen**



**Dauerschmerzen mit Schmerzattacken**

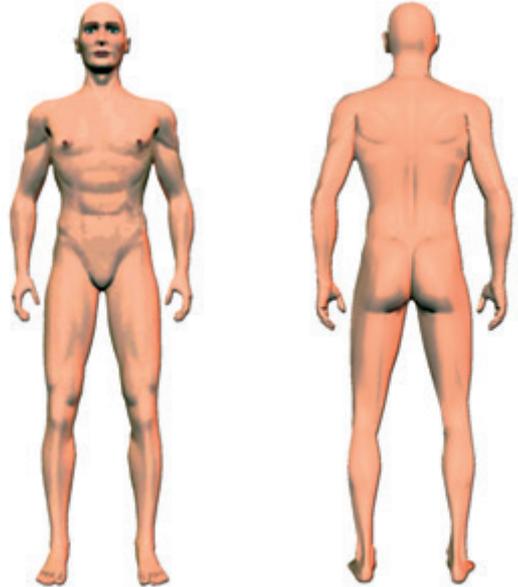


**Schmerzattacken dazwischen schmerzfrei**



**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. Brennnesseln)?**

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**

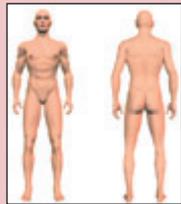
falls angekreuzt, oder



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.

