

**Schmerztherapie-Fragebogen**

1. Nehmen Sie regelmäßig (täglich) Schmerzmedikamente ein?  
 Ja  Nein
2. Nehmen Sie mehr als zwei verschiedene Schmerzmedikamente, auch unregelmäßig, ein?  
 Ja  Nein
3. Nehmen Sie starke (morphin/opioidhaltige) Schmerzmittel ein?  
 Ja  Nein
4. Nehmen Sie Medikamente gegen Nervenschmerzen ein? Z. B. Gabapentin, Pregabalin, Amitriptylin, Citalopram, Duloxetin, Carbamazepin.  
 Ja  Nein
5. Traten die Schmerzen nach einem Unfall oder Operation auf oder haben sich die Schmerzen durch eine Operation nicht gebessert?  
 Ja  Nein
6. Haben Sie an mehr als zwei Stellen Schmerzen?  
 Ja  Nein
7. Bei welchen Ärzten sind Sie wegen der Schmerzen in Behandlung?  
Hausarzt , Orthopäde/Neurochirurg , Neurologe , Psychologe/Psychiater   
Andere:
8. Haben Sie einen Rentenantrag wegen der Schmerzen gestellt oder sind Sie deswegen arbeitsunfähig?  
 Ja  Nein
9. Können Sie sich selbständig versorgen?  
 Ja  Nein
10. Liegen bei Ihnen schwerwiegende Erkrankungen wie Herz-, Lungen- und Nierenerkrankungen oder Diabetes mellitus vor?  
 Ja  Nein
11. Seit wann bestehen die Schmerzen?  
a) 6 Wochen       c) 6 Monate   
b) 3 Monate       d) 1 Jahr

**Ihre Angabe und Kontaktdaten:**

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Hausarzt:

Behandelnder Facharzt: