



# PRT-Schmerzfragebogen

Lieber Patient/in, Sie sind hier aufgrund einer Rückenschmerzproblematik.

Dieser Fragebogen kann bezüglich Ihres Gespräches, mit dem Arzt, wertvolle Dienste leisten.

Nehmen Sie den ausgefüllten Bogen bitte direkt zum folgenden Arztgespräch mit .

Name:

Geburtsdatum:

+Seit wann haben Sie Schmerzen ?

\*seit Tagen

\*seit Wochen

\*seit Monaten

Wie häufig treten die

Schmerzen auf ?

-dauernd

-in Abständen von Minuten,  
Stunden ,Tage

+ Zu welchem Zeitpunkt sind die Schmerzen am stärksten?

- Vor allem tagsüber

- vor allem nachts

+ Auf einer Skala von 1 – 10 ,wie würden Sie die Schmerzintensität momentan beschreiben? ..... (0=keine Schmerzen / 9-10 stärkste vorstellbare Schmerzen)

+Wie äußert sich der Schmerz,der Schmerzcharakter ?

-ist er dumpf

- gibt es Taubheitsgefühle, Kribbeln, Mißbefindungen

-ist er stechend

- Lähmungserscheinungen in den Beinen

-ist er elektrisierend

- Probleme beim Wasserlassen oder Stuhlgang

+ Ist der Schmerz lokal im Rücken oder strahlt er aus, in das re / li Bein ? .....

**+ Wurden Sie an der Wirbelsäule schon operiert ,falls ja,wann und wo ?**

**+ Wurde bei Ihnen schon mal eine MRT oder CT Untersuchung durchgeführt ? Falls ja wann und wo ?**

=

=

**+ Nehmen Sie einen Blutverdünner oder leiden Sie an einem Diabetes mellitus ? \*JA o \*NEIN o**

**+ Welches Medikament nehmen Sie ein ? .....**

**+Welche Schmerzmedikamente nehmen Sie aktuell ?**

- Name: = / -Wie =  
= / =  
= / =  
= / =

**+ Ich wurde bisher behandelt mit :**

- Medikamenten O Infusionen O
- Einspritzungen in das Schmerzgebiet O
- Physiotherapie O TENS O
- Akupunktur O Psychotherapie O
- Entspannungsverfahren O
- Einspritzungen in den Spinal oder Periduralraum PRT O

-