

Bitte erledigte Aufgaben markieren ✓

Informationstermin Datum:

Name Patient/-in:

Pat-ID:

(bei Teilnahme und nach Eintragung in Excel-Patientenliste)

1. Vor dem Info-Termin: Info-Termin vereinbaren

Deutscher Schmerzfragebogen inkl. PCS
(B11/B12)


Versenden


KEDOQ-Schmerz: **wie üblich (+B13)**

2. Aufnahmekriterien A-IMA Selektivvertrag prüfen

Fragebogen für Patienten mit länger anhaltenden
Schmerzen (B4)

 Aushändigen oder mitgebrachten Bogen verwenden

Aufnahmebogen A-IMA Selektivvertrag (B5)


 Durchführen

Bei Einschluss (alle Einschlusskriterien zutreffend, keine Ausschlusskriterien)





Weiter mit Patienteninformation

3. Patienteninformation und –Einwilligung (durch Arzt/Ärztin durchzuführen)


Patienteninformation Datenverarbeitung für die
Qualitätssicherung (B7)

 Durchführen und aushändigen






Patienteneinwilligung Datenverarbeitung für die
Qualitätssicherung (B8)

 1x kopieren,  beide Exemplare unterschreiben
 1 Exemplar aushändigen,  1 behalten

Patienteninformation A-IMA Selektivvertrag (B9)

 Durchführen und aushändigen

Patienteneinwilligung A-IMA Selektivvertrag (B10)


 2x kopieren,  alle 3 Exemplare unterschreiben
 1 Exemplar aushändigen,  1 behalten
 1 an BARMER/andere KK schicken
(Fax o. klären mit Abrechnung)

4. Patientenaufnahme?

Teilnahme des Patienten



Nicht-Teilnahme

 Patient in Excel-Patientenliste aufnehmen


 Termin für A-IMA

Fragebogen Patient (B4) und Aufnahmebogen A-IMA Selektivvertrag (B5)

 Eingeben unter der Patienten-ID

Deutscher Schmerzfragebogen + PCS (B11/B12)

KEDOQ-Schmerz: wie üblich (B13)

 einholen

 Eingeben unter der Patienten-ID

Zeichenerklärung

 Ablage  Einschicken  Eingeben  Termin vereinbaren  an Patient  Dokumentieren  Kopieren

Fragebogen für Patienten mit länger anhaltenden Schmerzen

Datum: _____ Name Patient/in: _____ (Pat-ID: _____)



Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und beantworten jede der Fragen, indem Sie entweder „ja“ oder „nein“ ankreuzen. Die Fragen helfen uns bei der Einschätzung Ihres Krankheitsbildes.

1. Ich befürchte, dass ich eine ernste, bedrohliche Erkrankung habe.
 ja nein
2. Wegen der Schmerzen habe ich meine körperlichen Aktivitäten sehr stark reduziert.
 ja nein
3. Ich leide neben den Schmerzen auch noch an anderen körperlichen Symptomen (wie z.B. Magen- und Darmverstörungen, Schwächegefühle, Schwindel oder Hitzewallungen, Luftnot, Herzrasen, Enge in der Brust, Schwitzen, Kälteschauer, Übelkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühle, Schlafstörungen etc.).
 ja nein
4. Ich war **in den letzten beiden Wochen** meistens traurig oder niedergeschlagen.
 ja nein
5. Ich habe mich **in den letzten beiden Wochen** meistens angespannt oder besorgt gefühlt.
 ja nein
6. Ich fühle mich in Bezug auf meine Schmerzen sehr stark verunsichert und weiß überhaupt nicht mehr, was richtig oder falsch ist.
 ja nein
7. Seit einiger Zeit gibt es bei mir Probleme in der Partnerschaft und/oder in der Familie und/oder dem engeren Freundeskreis.
 ja nein
8. Falls Sie in einem Arbeitsverhältnis stehen: Es gibt momentan erhebliche Belastungen/Schwierigkeiten im Zusammenhang mit meinem Arbeitsplatz.
 ja nein Ich bin derzeit nicht berufstätig
9. Auch bei starken Schmerzen neige ich dazu, alles durchzuziehen und meine Aufgaben abzuschließen.
 ja nein
10. Ich habe in der letzten Zeit häufiger an schreckliche Ereignisse von **früher** denken müssen oder Träume darüber gehabt (wie z.B. Unfall oder Gewalterfahrung).
 ja nein

Aufnahmebogen A-IMA Selektivvertrag

Datum: _____ Name Patient/in: _____ Pat-ID: _____



Einschlusskriterien: Alle <input type="checkbox"/> müssen zutreffen			
1	<ul style="list-style-type: none"> • Alter: mind. 18 Jahre 	<input type="checkbox"/>	
2	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen <ul style="list-style-type: none"> – seit mind. 6 Wochen neu aufgetreten und/oder – seit einer längeren Zeit wiederholt aufgetreten oder anhaltend 	<input type="checkbox"/>	
3	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerz-bedingte Einschränkungen im Lebensvollzug <ul style="list-style-type: none"> – Schmerz-bedingte AU seit mind. 4 Wochen oder kumulierte AU von mind. 6 Wochen in den vergangenen 12 Monaten und/oder – Schmerz-bedingte deutliche Beeinträchtigung in Familie/Freizeit/Arbeit 	<input type="checkbox"/>	
4	<ul style="list-style-type: none"> • Risikofaktoren für Chronifizierung erkennbar (mind. 1 Punkt) <ul style="list-style-type: none"> – ausgeprägtes (verbales/non-verbales) Schmerzverhalten – Hinweise auf Somatisierung (z.B. vielfältige, „bunte“ Symptomatik) – depressive Symptome im Erleben und/oder Verhalten – ungünstige Schmerzverarbeitung (Fokussierung, Ängste, ...) – ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten – Hinweise auf Stressbelastung in Familie/Partnerschaft/soz. Umfeld/Beruf – Befindlichkeit geprägt durch Frustration/Ärger – ungünstige Verhaltensweisen (Überforderung, „Durchhalten“) – bzgl. Lokalisation: sich ausbreitende Schmerzen – hohes Inanspruchnahmeverhalten im Versorgungssystem ----- • Mindestens 3 positive Angaben im Patienten-Fragebogen ----- • Ungeklärte Fragen, die im Rahmen des IMA geklärt werden müssen (über Diagnose, Pathologie, über erforderlichen Krankenhausaufenthalt oder über Erfordernis operativen Vorgehens, Reha-Bedarf) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn mind. 1 Kreuz in li. Spalte <input type="checkbox"/>
Ausschlusskriterien: Ein zutreffendes <input type="checkbox"/> führt zum Ausschluss			
5	<ul style="list-style-type: none"> • Andere, akut wirksame schwerwiegende Erkrankungen, die z.B. mit einem vorrangig fachspezifischen Behandlungsbedarf einhergehen oder eine Diagnostik notwendig machen • Schwere und aktive psychiatrische Störung (z.B. Persönlichkeitsstörung, schwere Depression oder Angsterkrankung, Hinweise auf Suizidalität) • Bekannte manifeste chron. Schmerzerkrankung (z.B. vorhergehende Therapie mit starken Opioiden über 6 Monate Dauer, vorhergehende IMST in letzten beiden Jahren) • Laufendes Renten-Verfahren • Sprachliche und / oder kognitive Einschränkungen, die eine Durchführung des A-IMA unmöglich erscheinen lassen 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn kein Punkt erfüllt <input type="checkbox"/>
Aufnahme in Selektivvertrag möglich, falls alle Punkte in rechter Spalte zutreffend und Patient/in bei einer teilnehmenden Krankenkasse versichert ist.			↑
Name der Krankenkasse: _____			

Prüfstelle:
Stempel

Ansprechpartner für Sie:

.....
Verantwortliche/r Arzt/ Ärztin

.....
E-Mail/Telefonnummer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Die meisten Schmerzen haben eine körperliche Ursache und verschwinden bald wieder. Manchmal jedoch können Schmerzen bestehen bleiben oder zu einem späteren Zeitpunkt erneut auftreten. In solchen Fällen gibt es verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, die auf Sie und Ihre Beschwerden hin aus verschiedenen Perspektiven heraus betrachtet und abgewogen werden müssen.

Was ist das A-IMA?

Das **A-IMA (Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment)** entstand aus dem bundesweiten **Projekt PAIN2020** auf Initiative der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. in Zusammenarbeit mit der BARMER Krankenkasse. PAIN2020 wurde durch einen öffentlichen Geldgeber (den Gemeinsamen Bundesausschuss) gefördert.

Das A-IMA wurde in diesem Projekt in einer Studie geprüft und wird nun als „Besondere Versorgung“ in Ihrer Einrichtung angeboten. Nach einer ausführlichen Untersuchung von drei Behandler*Innen aus Schmerzmedizin, Psychotherapie und Physiotherapie werden Ihnen anschließend gemeinsame Teamempfehlungen für Ihre weitere Behandlung gegeben.

Dabei ist das wichtigste Ziel, eine Chronifizierung Ihrer Schmerzen zu vermeiden.

Das A-IMA ist dabei ein neuer Ansatz in der ambulanten Versorgung. Es ist aufwändig und komplex für die Einrichtung und die beteiligten Kolleg*Innen. Daher ist es wichtig, neben den üblichen Dokumentationen Ihres Termins weitere Daten zur Durchführung zu erheben. Dabei geht es darum, die Qualität Ihres Termins zu sichern und für die Zukunft zu lernen, was so bleiben kann und was verbessert werden sollte. In der Medizin nennen wir das Qualitätssicherung.

Dafür brauchen wir Ihre Mithilfe!

Neben Daten, die durch die beteiligten Kolleg*Innen erhoben werden, bitten wir Sie während der Teilnahme am A-IMA einmal zu Beginn und einmal nach 3 bis 6 Monaten einen Fragebogen auszufüllen, der die **Ergebnisse des A-IMA und der Therapieempfehlungen auswerten lässt**.

Die Teilnahme an der Datenerhebung dauert also bis zu 6 Monaten. Um uns die Kontaktaufnahme mit den Fragebögen zu erleichtern, bitten wir Sie um Ihre E-Mail-Adresse.

Muss ich an der Datenerhebung teilnehmen?

Ihre Teilnahme an der Datenerhebung ist freiwillig. Sie werden also nur dann in diese einbezogen, **wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären**.

Sollten Sie nicht teilnehmen wollen, können Sie leider diese „Besondere Versorgung“ nicht in Anspruch nehmen.

Im Folgenden finden Sie weitere Informationen und Sie haben die Möglichkeit, Ihre Fragen auch Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin hier in der Einrichtung zu stellen.

Für wen ist das A-IMA?

Dieses Angebot richtet sich an Personen, die Schmerzen aufgrund verschiedener Ursachen haben. Wir bieten Ihnen eine Teilnahme an. Wir möchten Sie darin unterstützen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu steigern.

Welchen persönlichen Nutzen habe ich von einer Teilnahme am A-IMA?

Sie haben aus unserer Sicht einen wichtigen Nutzen: Sie erhalten ein medizinisches Angebot, das auf dem höchsten wissenschaftlichen Stand ist. Mit Ihrer Teilnahme an der Qualitätssicherung und der Bereitstellung Ihrer Daten helfen Sie uns sicherzustellen, dass alle Patient*Innen im A-IMA die vorgesehene Leistung erhalten und zu überprüfen, wie gut diese Leistung Ihnen hilft. Damit können wir in Zukunft auch Veränderungen vornehmen oder diese Leistung noch besser auf den Bedarf von Patient*Innen anpassen.

Welche Risiken oder Kosten sind mit der Teilnahme an PAIN2020 verbunden?

Hinsichtlich der medizinischen Angebote erwachsen Ihnen keine weiteren Risiken oder Kosten. Ihre Teilnahme am A-IMA wird durch Ihre Krankenkasse bezahlt. Durch Ihre Teilnahme erwächst Ihnen eine zeitliche Beanspruchung für die Untersuchung und durch die Beantwortung der Fragebögen.

Wie kann ich an der „Besonderen Versorgung“ teilnehmen?

Ihre behandelnde Einrichtung benötigt Ihre **einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung**. Mit dieser erklären Sie Ihre Einwilligung, dass Sie Daten zur Qualitätssicherung des A-IMA zur Verfügung stellen. Sollten Sie nicht teilnehmen wollen, können Sie leider diese „Besondere Versorgung“ nicht in Anspruch nehmen.

Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation): Datenerhebung zur Qualitätssicherung des A-IMA

Die *pseudonymisierten* Informationen zur Qualitätssicherung werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob die Qualität Ihrer Diagnostik und die veranlasste Behandlung verbessert wird und diese „Besondere Versorgung“ weiter angeboten werden kann.

Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung werden unterschiedliche medizinische und persönliche Daten erfasst, darunter die zwei genannten Fragebögen, die durch Sie selbst ausgefüllt werden. Auf Basis dieser Daten werden Ihnen u.a. im Rahmen des A-IMA Therapieempfehlungen unterbreitet. Es wird darüber hinaus festgehalten, ob Sie diese annehmen wollen. Im weiteren Verlauf werden Sie noch einmal nachbefragt, welche Therapie Sie erhalten haben und ob diese zu dem erwünschten Erfolg geführt hat. Hier ist Ihre Bewertung ganz besonders wichtig.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und wie angegeben weiterverarbeitet:

1. Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und des Arztes) bleiben in der Einrichtung und dienen zur Abrechnung der Leistungen mit Ihrer Krankenkasse. Diese Daten werden nicht im Rahmen der Datenerhebung zur Qualitätssicherung weitergegeben.

2. Folgende Angaben werden zur Qualitätssicherung weitergeleitet:

- Aufgrund welcher Erkrankung Sie teilnehmen
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. die von Ihnen ausgefüllten Fragebögen, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, Ihre Auswahl bei den Therapieoptionen)

- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Der von Ihnen ausgefüllte Fragebogen im Verlauf.

Was geschieht mit meinen Daten?

Die medizinischen Befunde und persönlichen Informationen von Ihnen werden in Ihrer behandelnden Einrichtung elektronisch gespeichert. Die für die Qualitätssicherung des A-IMA wichtigen Daten werden **pseudonym** an die Datenstelle (A-IMA-Datenbank) weitergeleitet und ausgewertet.

Pseudonym bedeutet, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden. Ihre Daten sind gegen unbefugten Zugriff durch Einhaltung hoher Standards gesichert. Eine Entschlüsselung ist **NUR** den Sie versorgenden Personen möglich.

Für die Qualitätssicherung werden Ihre Daten pseudonymisiert und zusammengefasst. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist damit grundsätzlich nicht möglich.

Sie können sich in Ihrer Einrichtung sowohl die über Sie erhobenen Daten als auch die von Ihnen ausgefüllten Fragebögen aushändigen lassen.

Welchen Weg nehmen meine Daten?

Alle am Projekt Beteiligten unterliegen in der Verarbeitung Ihrer Daten zur Qualitätssicherung den Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Ihre Einrichtung benötigt Ihre Daten für die Durchführung des A-IMA und die auf Sie abgestimmten Therapieempfehlungen. Sie ist verpflichtet, die Leistungsabrechnung datenschutzkonform **an Ihre Krankenkasse** zu übermitteln. Des Weiteren werden Ihre Daten dort entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

Die Krankenkasse erhält Leistungsdaten von Ihren Behandlern zur Leistungsabrechnung. Sie

führt diese mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) **pseudonymisiert** zusammen. Die Krankenkasse erhält **NICHT** Ihre Fragebogenantworten und auch nicht Details aus Ihrer Untersuchung.

Die **Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.** erhält ausgewählte Daten zur Qualitätssicherung des A-IMA. Sie überwacht und prüft diese Daten durch besonders qualifizierte und geschulte Mitarbeiter, ohne Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen zu können.

Kann meine Teilnahme der Datenerhebung vorzeitig beendet werden?

Ihre Teilnahme besteht aus einem umfangreichen Untersuchungstermin und der Nachbefragung, wie es Ihnen danach ergangen ist. Sie können nach dem Termin die Nachbefragung vermeiden, auch ohne Angabe von Gründen. Dies würden wir allerdings wegen der Bedeutung dieser Nachbefragung für die Bewertung des A-IMA sehr bedauern. Ihre weitere medizinische Behandlung wird davon nicht berührt.

An wen wende ich mich bei weiteren Fragen oder Anliegen zum Datenschutz?

Kontaktperson in Ihrer Einrichtung: Zunächst wenden Sie sich mit Ihren Fragen bitte an Ihren verantwortlichen Arzt/ Ihre verantwortliche Ärztin. Deren Kontaktdaten und Namen entnehmen Sie bitte der ersten Seite dieses Dokuments. Hier können Sie auch Ihr Einverständnis zurückziehen bzw. sich Informationen hinsichtlich Ihrer Daten einholen.

Sie haben jederzeit ein Beschwerderecht bezüglich dieser Datenerhebung und -verarbeitung bei Ihrer Landesbehörde.

Datenschutzverantwortlicher für die Qualitätssicherung: Diese Person steht Ihnen für weitere Fragen zum Datenschutz zur Verfügung. Sie hat jedoch durch die Pseudonymisierung keine Information darüber, welche Daten zu Ihnen gehören. Bitte wenden Sie sich dafür an: André Möller moeller@schmerzgesellschaft.de.



PatientenEINWILLIGUNG
Datenerhebung zur Qualitätssicherung des
Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen
Assessments



Prüfstelle:
Stempel

Ansprechpartner für Sie:

.....
Verantwortliche/r Arzt/ Ärztin

.....
E-Mail/Telefonnummer

Name des Patienten/der Patientin

.....

Geboren am:

.....

Gespräch wurde geführt von:

.....
Verantwortliche/r Arzt/ Ärztin

.....
E-Mail/Telefonnummer

Ich bin in einem persönlichen Gespräch durch den Arzt/die Ärztin (siehe oben) ausführlich, umfassend und verständlich über die Datenerhebung im Rahmen der Qualitätssicherung des ambulanten Interdisziplinär-multimodalen Assessment (A-IMA) und die Teilnahmebedingungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Patienteninformation sowie die hier nachfolgend abgedruckte Datenschutzerklärung gelesen und verstanden. Mir ist bekannt, dass ich freiwillig an der „Besonderen Versorgung“ und der damit verbundenen Datenerhebung teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv zu beteiligen.

Ich hatte die Gelegenheit, mit dem Arzt über die Durchführung der Datenerhebung zu sprechen. Alle meine Fragen wurden zufrieden stellend beantwortet.

Möglichkeit zur Dokumentation zusätzlicher Fragen seitens des Patienten oder sonstiger Aspekte des Aufklärungsgesprächs:

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden.

Ort und Datum:

Unterschrift Patient:

Ort und Datum:

Unterschrift Arzt/Ärztin:

Bitte beachten Sie auch die nachfolgende Seite zum Datenschutz!

Datenschutz

Mir ist bekannt, dass bei dem Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessment - „A-IMA“ - personenbezogene Daten über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen (Artikel 9 Absatz 2a DSGVO) und setzt vor der Teilnahme an der Datenerhebung folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt ohne die nachfolgende Einwilligung können meine Daten nicht erhoben, ausgewertet und verwendet werden. Ich kann aber dann auch nicht an dieser „Besonderen Versorgung“ teilnehmen.

1. Ich willige ein, dass im Rahmen der Datenerhebung zur Qualitätssicherung des A-IMA personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, über mich erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern in der Erhebungsstelle meiner behandelnden Einrichtung aufgezeichnet werden. Eine Auswahl der erhobenen Daten wird **pseudonymisiert** weitergegeben: an die Datenstelle der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.
2. Ich willige ein, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch 10 Jahre in meiner behandelnden Einrichtung aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht.
3. Ich bin über folgende gesetzliche Regelung informiert: Falls ich meine Einwilligung, an dem A-IMA und der damit verbundenen Datenerhebung teilzunehmen, widerrufe, müssen alle Stellen, die meine personenbezogenen Daten gespeichert haben, diese unverzüglich löschen.
4. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich Beschwerderecht bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde in Anspruch nehmen kann (Datenschutzbeauftragter des Landes).
5. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich mein Recht auf Auskunft (einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie) über mich betreffende personenbezogene Daten sowie ggf. deren Berichtigung jederzeit und ohne Angabe von Gründen geltend machen kann.

Kontaktperson in Ihrer Einrichtung: Zunächst wenden Sie sich mit Ihren Fragen bitte an Ihren verantwortlichen Arzt/ Ihre verantwortliche Ärztin. Deren Kontaktdaten und Namen entnehmen Sie bitte der ersten Seite dieses Dokuments. Hier können Sie auch Ihr Einverständnis zurückziehen bzw. sich Informationen hinsichtlich Ihrer Daten einholen.

Sie haben jederzeit ein Beschwerderecht bezüglich dieser Datenerhebung und -verarbeitung bei Ihrer Landesbehörde.

Datenschutzverantwortlicher für die Qualitätssicherung: Diese Person steht Ihnen für weitere Fragen zum Datenschutz zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich dafür an:
André Möller moeller@schmerzgesellschaft.de

Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an der Datenerhebung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ja, ich habe die „Patienteninformation Datenerhebung“ erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Diagnose- und Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an der „Besonderen Versorgung“ und deren Qualitätssicherung einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

.....
Datum

.....
Unterschrift des **Patienten**

Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung von Patienten mit Schmerzen bei gleichzeitiger Chronifizierungsgefährdung nach § 140a SGB V VKZ

Die BARMER hat mit dem in der Teilnahmeerklärung genannten Leistungserbringer einen Vertrag über eine Besondere Versorgung geschlossen. Wir freuen uns, dass Sie sich dafür interessieren.

Gerne informieren wir Sie hiermit über die Leistungen dieser Besonderen Versorgung, die beteiligten Leistungserbringer, die Teilnahmebedingungen und über den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten. Unter Leistungserbringer sind alle an Ihrer medizinischen Behandlung beteiligten Personen und Einrichtungen zu verstehen.

Verbesserte Versorgung

Durch die besondere Diagnostik soll die Versorgung der Versicherten der BARMER mit chronifizierenden Schmerzen verbessert und eine effektivere Behandlung erreicht werden. Dazu erfolgt eine umfassende Koordination der medizinischen Behandlungen z.B. durch multiprofessionelle Therapiebesprechungen und eine den beteiligten Leistungserbringern zugängliche Dokumentation der Befunde und Untersuchungsergebnisse. Durch diese enge Vernetzung, gemeinsame Abstimmung und Zusammenarbeit der an der Diagnostik beteiligten Personen und Einrichtungen sollen u.a. Doppeluntersuchungen vermieden und Ihnen Ihrem Behandlungsbedarf

entsprechende Therapieempfehlungen gegeben werden.

Diese Leistungen können Sie erwarten

Durch Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung bieten wir Ihnen ein Ambulantes Interdisziplinär-Multimodales Assessment (A-IMA) zur Erfassung Ihres Behandlungsbedarfs. Auf dieser Basis wird dann die für Sie optimale Therapieempfehlung erstellt und die weitere Behandlung mit Ihnen besprochen.

Wir möchten, dass Sie in „guten Händen“ sind

Ihr behandelndes Therapeutenteam nimmt an der Besonderen Versorgung teil. Die beteiligten Leistungserbringer zeichnen sich dadurch aus, dass sie bestimmte, den neuesten medizinischen Anforderungen entsprechende Qualitätsmerkmale erfüllen und eine Behandlung nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards durchführen, insbesondere die Empfehlungen aus den aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften einhalten.

Wie Sie teilnehmen können

Die Teilnahme an der Besonderen Diagnostik ist für Sie freiwillig. Vor der Teilnahme werden

Sie in einem Gespräch ausführlich über die Untersuchungen, die im Rahmen der Besonderen Versorgung durchgeführt werden, informiert und aufgeklärt.

Sie erklären Ihre Teilnahme durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme beginnt am Tag der Unterzeichnung. Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BARMER Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht schriftlich mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist, wenn die Widerrufsbelehrung vollständig bei Ihnen eingegangen ist. Durch den Widerruf der Teilnahmeerklärung wird Ihre Teilnahme rückwirkend beendet, die besondere Diagnostik können Sie dann nicht mehr in Anspruch nehmen.

Sie sind an Ihre Teilnahmeerklärung nach Ablauf der Widerrufsfrist bis zur vollständigen Durchführung des interdisziplinären multimodalen Assessments (inklusive Nachbefragung) längstens bis 12 Monate nach der Behandlung gebunden. Danach endet Ihre Teilnahme automatisch. Während der Bindung können Sie Ihre Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund beenden, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zu Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt.

Ihre Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn Ihr Versicherungsverhältnis

bei der BARMER endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

Ihren schriftlichen Widerruf bzw. Ihre Kündigung richten Sie bitte unter Angabe des Vertrags und des Vertragskennzeichens an
BARMER

Scanzentrum
73520 Schwäbisch Gmünd

Den Widerruf oder die Kündigung können Sie auch bei jeder Geschäftsstelle der BARMER zur Niederschrift erklären.

Bei einem Widerruf oder einer Kündigung auf elektronischem Weg bietet Ihnen die BARMER für eine sichere Übermittlung Ihrer Daten die Übersendung über Ihren persönlichen Mitgliedsbereich über „Meine BARMER“ an.

Bleiben Sie treu!

Damit die Qualität der besonderen Diagnostik sichergestellt werden kann, können Sie für die Untersuchung der Erkrankung, für die Sie sich in die Besondere Versorgung eingeschrieben haben, nur die beteiligten Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Im Fall einer Überweisung durch die beteiligten Leistungserbringer gilt diese Bindung nicht.

Patienteninformation zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über die Versorgung von Patienten mit Schmerzen bei gleichzeitiger Chronifizierungsgefährdung VKZ

Das Wichtigste vorab: Der Datenschutz wird von der BARMER, ihren Vertragspartnern und den beteiligten Leistungserbringern sehr gewissenhaft eingehalten

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage der §§ 140a Abs. 5, 284 und 295a SGB V

Teilnahmedaten

Ihre Teilnahmeerklärung und Ihre Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung werden durch den in der Teilnahmeerklärung aufgeführten Leistungserbringer an die BARMER geschickt. Dort werden die Daten aus Ihrer Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, auf eine Mitgliedschaft geprüft und gespeichert.

Übermittelt werden Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr., der Beginn Ihrer Teilnahme sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie an der Besonderen Versorgung teilnehmen. Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt wird eine eventuelle Ablehnung Ihrer Teilnahme oder eine noch nicht abgeschlossene Prüfung darüber mitgeteilt.

Daten zur medizinischen Dokumentation

Um eine verbesserte Versorgung der Patienten zu erreichen, erheben die beteiligten Leistungserbringer medizinische Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation.

Die BARMER erhält auf keinen Fall Einsicht in diese medizinischen Daten.

Zur vorliegenden besonderen Versorgung ist es erforderlich, dass alle an der Besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringer die notwendigen Behandlungsdaten und Befunde kennen, damit eine eng vernetzte Zusammenarbeit und eine gemeinsame Therapie durchgeführt werden kann. Daher werden Ihre medizinischen Daten zu diesem Zweck in einer gemeinsamen Dokumentation und Qualitätssicherung erfasst. Die Daten daraus dürfen von den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern und nur für den konkret anstehenden Behandlungsfall im Rahmen der Besonderen Versorgung abgerufen und genutzt werden.

Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden dabei eingehalten.

Abrechnungsdaten

Damit die beteiligten Leistungserbringer eine Vergütung für ihre Leistungen erhalten, müssen sie eine Abrechnung erstellen und Ihre dazu notwendigen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl, Wohnort, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern, Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Diagnosen, ggf. Verordnungsdaten und Überweisungen unter Angabe des Abrechnungsquartals) an die BARMER übersenden. Bei der BARMER werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft.

Die beteiligten Leistungserbringer und die BARMER sind bei der Datenverarbeitung zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Dies gilt auch nach Beendigung Ihrer Behandlung.

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist für die Durchführung dieser besonderen Versorgung erforderlich und gemäß § 140a Abs. 5 SGB V erlaubt, sofern Sie darin einwilligen. Durch die Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung erklären Sie diese Einwilligung.

Widerruf Einwilligung in Datenverarbeitung

Die beschriebenen Datenverarbeitungen sind nur zulässig, soweit Sie in die jeweilige Datenverarbeitung eingewilligt haben. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Wenn Sie Ihre

Einwilligung zu diesen Datenverarbeitungen nicht erklären wollen, ist eine Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung nicht möglich. Sie können die erklärte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich für die Zukunft widerrufen. Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung endet dann automatisch bzw. ist nicht mehr möglich. Den Widerruf richten Sie bitte ebenfalls an die oben in den "Patienteninformationen zur Teilnahme" genannte Adresse oder erklären ihn zur Niederschrift bei jeder Geschäftsstelle der BARMER.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Prüfung durch den MD

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) durch die BARMER veranlasst worden, z.B. bei der Frage nach der Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung oder Maßnahme, sind die beteiligten Leistungserbringer dazu befugt, die dazu erforderlichen medizinischen Unterlagen gemäß dem gesetzlich vorgesehenen Verfahren weiter zu leiten. Der Arzt des MD ist zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet.

Datenlöschung bei der BARMER

Ihre bei der BARMER verarbeiteten personenbezogenen Daten (Teilnahme- und Abrechnungsdaten) werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an der Besonderen Versorgung oder bei Ihrem Ausscheiden oder Widerruf Ihrer Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen dieser Besonderen Versorgung von der BARMER für

die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen gespeichert und anschließend gelöscht (Teilnahmedaten spätestens nach 6, Abrechnungsdaten spätestens nach 10 Jahren).

Ihre Rechte in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer Daten bei der BARMER

In Bezug auf Ihre Daten stehen Ihnen die folgenden Rechte zu:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten
(Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten
(Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten
(Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten
(Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht
(Art. 21 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht Datenübertragbarkeit
(Art. 20 DS-GVO).

Für Auskünfte zum Datenschutz können Sie sich an die Datenschutzbeauftragte der BARMER wenden unter:

BARMER
Datenschutzbeauftragte
Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal
E-Mail: datenschutz@barmer.de

Für Auskünfte zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BARMER im Rahmen dieser Besonderen Versorgung können Sie sich an

BARMER
Axel-Springer-Straße 44
10969 Berlin
E-Mail: service@barmer.de
wenden.

Beschwerden über die BARMER hinsichtlich des Datenschutzes können Sie an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde richten:

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Graurheindorfer Str. 153
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Teilnahme- und
Einwilligungserklärung zur
besonderen Versorgung
und Datenverarbeitung**

B10

Vertragskennzeichen
XXXXXXXXXXXX

BARMER

**Bitte schicken Sie das
Original an**

BARMER
Scanzentrum
73520 Schwäbisch Gmünd



**A. Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung von Patienten
mit Schmerzen bei gleichzeitiger Chronifizierungsgefährdung nach § 140a SGB V**

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, die besondere Diagnostik sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung“ erhalten und zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.

Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich an die Teilnahmeerklärung bis zur vollständigen Durchführung des interdisziplinär-multimodalen Assessments (inklusive Nachbefragung) längstens bis 12 Monate gebunden. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

Widerrufsbelehrung

Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.

B. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Die Patienteninformationen zur Einwilligungserklärung über die Datenverarbeitung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein.

Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

C. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenverarbeitung ein:

Deutscher Schmerz-Fragebogen

Stempelfeld Schmerztherapeutische Einrichtung



Patientenname: _____

Pat-ID: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die Ursachen Ihrer Schmerzen besser einschätzen zu können, sind für uns Informationen aus unterschiedlichen Bereichen erforderlich. Daher ist es für uns wichtig, wie Sie Ihre Schmerzen genau beschreiben, an welchen Behandlungen Sie mit welchem Erfolg bereits teilgenommen haben und welche Auswirkungen der Schmerz auf Ihr Befinden und Ihre Lebensumstände hat.

Ihre **freiwilligen** Angaben dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gespräches und der Untersuchung. Bitte beantworten Sie möglichst **alle** Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ihre Fragebogendaten werden in unserem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, damit diese Ihren Therapeuten während Ihrer Behandlung jederzeit zur Verfügung stehen. Zugang haben nur berechnete Mitarbeiter unserer Abteilung, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bitte lesen Sie die entsprechenden Anleitungen zur Beantwortung der Fragen genau durch.

Lassen Sie keinen Teil des Fragebogens aus und beantworten Sie bitte alle Fragen, indem Sie ein Kreuz im entsprechenden Kreis setzen (⊗), eine zutreffende Zahl ankreuzen [] oder die Antwort an die durch einen Strich bezeichnete Stelle schreiben (z.B. Rückenschmerzen).

Vielen Dank!

Datum beim Ausfüllen:

Tag			Monat			Jahr			

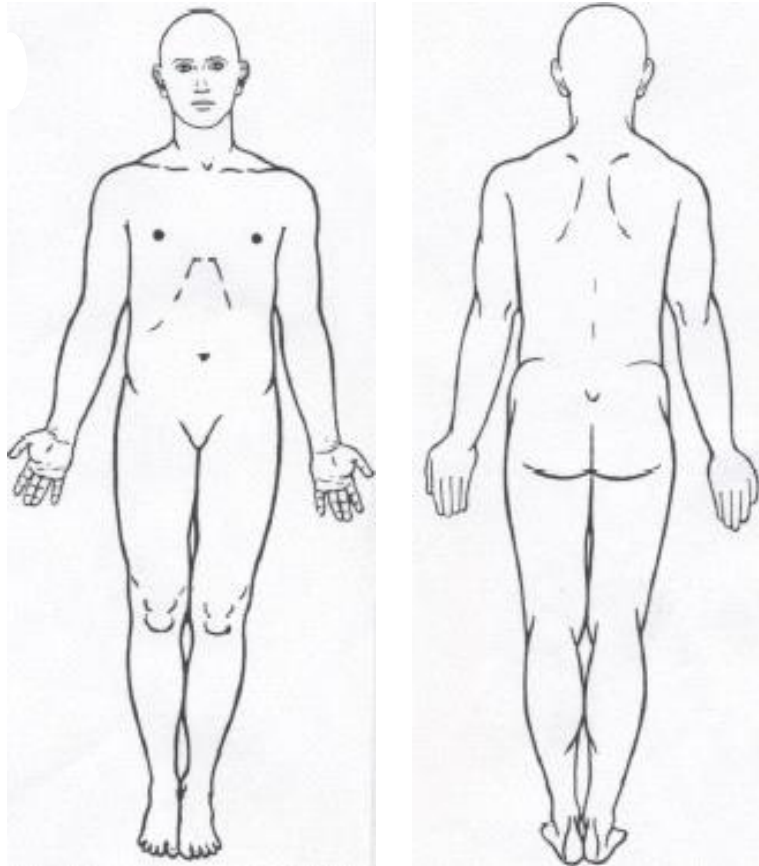
1. Körpergröße (cm):

--	--	--	--	--

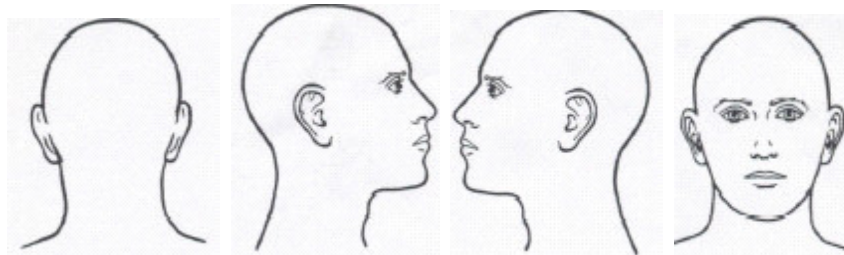
2. Körpergewicht (kg):

--	--	--	--	--

3. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten.



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:



4. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung? _____

5. a) Seit wann bestehen diese Schmerzen?

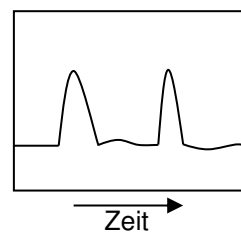
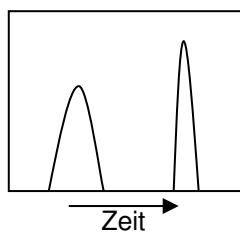
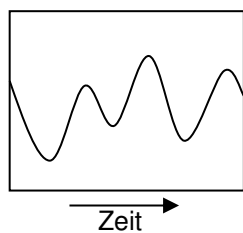
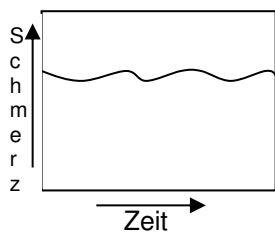
- | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| weniger als 1 Monat | <input type="radio"/> | ½ Jahr bis 1 Jahr | <input type="radio"/> | 2 bis 5 Jahre | <input type="radio"/> |
| 1 Monat bis ½ Jahr | <input type="radio"/> | 1 bis 2 Jahre | <input type="radio"/> | mehr als 5 Jahre | <input type="radio"/> |

b) Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind?

Tag			Monat			Jahr			

6. Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu?

a) zeitlicher Verlauf (Bitte nur **eine** Angabe machen!)



1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen

3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei

4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

b) **Wie oft** treten diese Attacken durchschnittlich auf?

- mehrfach täglich einmal täglich mehrfach wöchentlich
 einmal wöchentlich mehrfach monatlich einmal monatlich
 seltener: _____

c) **Wie lange** dauern diese Attacken durchschnittlich?

- Sekunden Minuten Stunden bis zu drei Tagen länger als drei Tage

7. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark? ja nein
 wenn ja: morgens mittags nachmittags abends nachts

8. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftswörtern können Sie genauer beschreiben, **wie Sie Ihre Schmerzen empfinden**. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre **typischen Schmerzen in der letzten Zeit**.

Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie **für jedes Wort ein Kreuz**, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.

Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

- 3 = trifft genau zu 2 = trifft weitgehend zu 1 = trifft ein wenig zu 0 = trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0		3	2	1	0
....dumpf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>heiß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....drückend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>brennend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....pochend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>elend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....klopfend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>schauderhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....stechend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>scheußlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....ziehend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>furchtbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. a) Auf welche **Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

für mich ist **keine Ursache** erkennbar

auf eine bestimmte Krankheit wenn ja, welche? _____

auf eine Operation wenn ja, welche? _____

Datum der Operation

Tag Monat Jahr

auf einen Unfall wenn ja, welchen? _____

Datum des Unfalls

Tag Monat Jahr

auf körperliche Belastung

auf seelische Belastung

auf eine andere Ursache wenn ja, welche? _____

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen:
b) Sind alle diesbezüglichen **rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen** abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)? ja nein

12. Was machen Sie selbst, um Ihre **Schmerzen günstig zu beeinflussen**?
Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ...

Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen

13. **Was löst** Ihrer Erfahrung nach **die Schmerzen aus oder verschlimmert** sie?

Ich weiß es nicht

14. Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in der letzten Woche meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der 6-stufigen Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

Trotz der Schmerzen würde ich sagen:	trifft gar nicht zu trifft vollkommen zu					
	0	1	2	3	4	5
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich habe mein Leben genießen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich habe mich richtig freuen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Fragen zu Ihrem Befinden

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

- 0 Traf **gar nicht** auf mich zu
 1 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**
 2 Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder **ziemlich oft**
 3 Traf **sehr stark** auf mich zu oder **die meiste Zeit**

1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3	S
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3	A
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	0	1	2	3	D
4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3	A
5. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3	D
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3	S
7. Ich zitterte (z.B. an den Händen).	0	1	2	3	A
8. Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3	S
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3	A
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3	D
11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3	S
12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3	S
13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3	D
14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3	S
15. Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3	A
16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3	D
17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3	D
18. Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3	S
19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3	A
20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3	A
21. Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3	D

Depressivität, Angst und Stress bei Schmerzen (DASS, Nilges und Essau 2012) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:

D: _____ A: _____ S: _____

16. a) **Von wem** wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht oder behandelt**?

- Keine** Behandlung
- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| Allgemeinarzt <input type="radio"/> | Neurochirurg <input type="radio"/> | Psychotherapeut <input type="radio"/> |
| Chirurg <input type="radio"/> | Neurologe <input type="radio"/> | Radiologe <input type="radio"/> |
| Heilpraktiker <input type="radio"/> | Orthopäde <input type="radio"/> | Schmerztherapeut <input type="radio"/> |
| Internist <input type="radio"/> | Psychiater <input type="radio"/> | Andere: _____ <input type="radio"/> |

b) Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt? ja nein

wenn ja, welche? _____

17. **Wie** wurden Ihre Schmerzen **bisher behandelt**?

Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob Ihre **Schmerzen** durch diese Maßnahmen zumindest zeitweise gelindert wurden.

	Erhalten:	Wenn ja →	wirksam?	
			ja	vorübergehend nein
bisher keine Schmerzbehandlung	<input type="radio"/>			
Medikamente	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infusionen	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankengymnastik	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akupunktur	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chiropraktik	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotherapie	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamenten-Entzug	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kur-/Reha-Behandlung	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes: _____	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Wurden Sie schon einmal **operiert**? ja wie oft? mal nein

Wichtig sind für die Beantwortung dieser Frage auch alle „kleineren operativen Eingriffe“, die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, z.B. Nasenoperationen, Gelenk- und Bauchspiegelungen. Bitte markieren Sie, welche Operation **wegen Ihrer Schmerzen** durchgeführt wurde.

Art der Operation:	Datum:	wg. Schmerz? ↓
1. _____	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/>
2. _____	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/>
3. _____	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/>
4. _____	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/>
5. _____	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/>
	Tag Monat Jahr	

19. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie in die Tabelle alle Medikamente ein, die Sie **zurzeit** einnehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel u.s.w.)

Beispiele

Medikament	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?
Beispiel: Ibuprofen 600	1 Tbl.	1 Tbl.	0	0		
Beispiel: Ibuprofen 200					X	ca. 7mal 1 Tbl.

Bitte hier Ihre Medikamente eintragen:	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?

20. **Frühere Schmerzmedikamente:** Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben. Bitte bewerten Sie auch deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen.

Ihre früheren Schmerz-Medikamente	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen?
	nein	etwas	ja	bitte beschreiben

21. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? ja nein

wenn ja, gegen welche?	

22. Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen**? Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, **unterstreichen** Sie es bitte. Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. „0“ bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3“ besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs Welche Erkrankung: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2]	starke [3]
Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2]	starke [3]
Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2]	starke [3]
Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2]	starke [3]
Magen-, Darmerkrankungen z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit); Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels); Zustand nach Magen- oder Darmblutung Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2]	starke [3]
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2]	starke [3]
Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2]	starke [3]
Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2]	starke [3]
Hauterkrankungen z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2]	starke [3]
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes z.B. Chronische Polyarthritis, M.Bechterew; rheumatische Muskelentzündung, Skoliose; Osteoporose; Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk; Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2]	starke [3]
Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Mager-sucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2]	starke [3]
Andere Erkrankungen _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	keine [0]	Beeinträchtigung [1] [2]	starke [3]
Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Andere: _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>			
Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>			

Modul S Sozialrechtliche Situation

S-1. Sind Sie zurzeit **berufstätig**? (trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind)

ja, ich bin zurzeit berufstätig, d.h. habe einen Arbeitsplatz

→ weiter bei Frage S-2

nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig

Ich habe zuletzt gearbeitet als (bitte eintragen): _____

→ weiter bei Frage S-5

Die Fragen S-2 bis S-4 bitte beantworten, wenn Sie zurzeit berufstätig sind (auch bei Krankschreibung)

S-2. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? _____

S-3. Sind Sie **zurzeit arbeitsunfähig**?

ja nein

wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können?

ja nein

S-4. Wie viele Tage waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?

ich war in letzten 3 Monaten an _____ Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)

ich bin durchgehend arbeitsunfähig seit

Tag Monat Jahr

Die Frage S-5 bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind.

S-5. Wenn Sie zurzeit **nicht berufstätig** sind, sind Sie ...

Schüler/in, Student/in Hausfrau / Hausmann berentet

arbeitslos / erwerbslos seit ____ / ____ (Monat/Jahr)

S-6. Beabsichtigen Sie einen **Renten-Antrag** oder einen **Antrag auf Renten-Änderung** zu stellen? ja nein

Haben Sie einen **Renten-Antrag** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?

nein ja

wenn ja, wegen: _____

am:

Tag Monat Jahr

Ist bereits ein **Renten-Antrag abgelehnt** worden?

ja nein

Befindet sich derzeit ein Renten-Antrag im **Widerspruchsverfahren**?

ja nein

S-7. Beziehen Sie **derzeit** eine **Rente**? ja nein

wenn ja,

auf Zeit

bis wann:

endgültig

seit wann:

Tag Monat Jahr

wenn ja, Berentung welcher Art?

Vorgezogenes Altersruhegeld

Berufsunfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit

Erreichen der Altersgrenze

Teilweise Erwerbsminderung

Volle Erwerbsminderung

Unfallrente

Witwen- oder Waisenrente

S-8. Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten **Grad der Behinderung**? (GdB) ja nein → wenn ja, wie hoch ist der GdB? _____

Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt?

ja nein

Schmerz-Bewertungs-Skala (PCS)

Die folgenden dreizehn Sätze beschreiben verschiedene Gedanken und Gefühle, die bei Schmerzen auftreten können. Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala eine Zahl bei jeder Frage, wie stark diese Gedanken und Gefühle auf Sie zutreffen, wenn Sie Schmerzen haben.

Bewertung:

0 = trifft überhaupt nicht zu, 1 = trifft eher nicht zu, 2 = teils-teils, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft immer zu

1. Ich mache mir ständig Sorgen, ob die Schmerzen wohl jemals wieder aufhören werden.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | H

2. Ich denke, ich kann nicht mehr.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | H

3. Der Zustand ist schrecklich und ich denke, dass es nie mehr besser wird.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | H

4. Der Zustand ist furchtbar und droht mich zu überwältigen.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | H

5. Ich habe das Gefühl, ich halte es nicht mehr aus.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | H

6. Ich bekomme Angst, dass die Schmerzen noch stärker werden.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | M

7. Ich denke ständig an andere Situationen, in denen ich Schmerzen hatte.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | M

8. Ich wünsche mir verzweifelt, dass die Schmerzen weggehen.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | R

9. Ich kann nicht aufhören, an die Schmerzen zu denken.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | R

10. Ich denke ständig daran, wie sehr es schmerzt.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | R

11. Ich denke ständig daran, wie sehr ich mir ein Ende der Schmerzen herbeiwünsche.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | R

12. Es gibt nichts, was ich tun kann, um die Schmerzen zu lindern.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | R

13. Ich mache mir Sorgen, dass die Schmerzen auf etwas Schlimmes hindeuten.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | M

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen: H: _____ M: _____ R: _____ G: _____

Modul L Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Ihre Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie gut Sie Ihre Alltagsaktivitäten ausüben können.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei der Antwort auf eine Frage unsicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich.

	aus-gezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Gesundheit bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagsaktivitäten?

	nie	selten	manchmal	meistens	immer
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer** Probleme die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagsaktivitäten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	nie	selten	manchmal	meistens	immer
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben Schmerzen <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Alltagsaktivitäten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich in den vergangenen 4 Wochen gefühlt haben und wie es Ihnen ergangen ist. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
Wie oft fühlten Sie sich <u>in den vergangenen 4 Wochen</u>						
9. ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorbehandlungen

V-1 Bitte notieren Sie soweit möglich jeweils Namen, Fachrichtung und Adresse von **Ärzten, Heilpraktikern und anderen Therapeuten**, bei denen Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits in Behandlung waren oder sind.

Name	Fachrichtung	Adresse	in Behandlung von – bis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

V-2 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** stationären Behandlungen (**Krankenhausaufenthalte**)

Name	Adresse	von – bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

V-3 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** Aufenthalte in **Kur- oder Rehabilitationskliniken**

Name	Adresse	von – bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Platz für weitere Bemerkungen:

Abschließende allgemeine Fragen

1.	Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt? (Mehrfachantworten sind möglich): ich lebe allein <input type="radio"/> Ehepartner/Partner <input type="radio"/> Kinder <input type="radio"/> (Schwieger-)Eltern <input type="radio"/>
2.	Welche Schulbildung haben Sie? keinen Abschluss <input type="radio"/> Hauptschule / Volksschule <input type="radio"/> Realschule / Mittlere Reife <input type="radio"/> Fachhochschulreife <input type="radio"/> Abitur / allgemeine Hochschulreife <input type="radio"/>
3.	Welche Berufsausbildung haben Sie: _____ _____

Name Patient/-in: _____ Pat-ID: _____

Datum beim Ausfüllen:

Tag	Monat	Jahr					

Modul D **Demografie, Versicherung**

D-1. Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum:

Tag	Monat	Jahr					

D-2. Geschlecht: männlich weiblich

D-3. PLZ: _____ Wohnort: _____

Straße: _____

Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____

Handy: _____ E-Mail.: _____

D-4. **Entfernung** von Ihrer Wohnung bis zu **unserer** Praxis / Klinik (in km): ca.

--	--	--	--

D-5. Nationalität: _____ Muttersprache: _____

D-6. Name, Adresse und Telefon-Nummer Ihres **überweisenden Arztes**:

D-7. Name, Adresse und Telefon-Nummer der **Ärzte oder Psychotherapeuten**, die Sie zurzeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage D-7):

D-8. Krankenversicherung für **ambulante** Behandlung: _____

zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse: _____

D-9. Krankenversicherung für **stationäre** Behandlung: _____D-10. **Beihilfe**-Berechtigung: nein ja durch: _____D-11. Behandlung aufgrund eines **anerkannten BG-Verfahrens** (Arbeits- oder Wegeunfall) ja nein D-12. Haben Sie eine **Krankentagegeldversicherung**? ja nein D-13. Besteht eine **Zusatzversicherung**? ja nein

Name Patient/in: _____ Pat-ID: _____



Datum beim Ausfüllen:

Tag		Monat		Jahr	

Schmerz-Bewertungs-Skala (PCS)

Die folgenden dreizehn Sätze beschreiben verschiedene Gedanken und Gefühle, die bei Schmerzen auftreten können. Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala eine Zahl bei jeder Frage, wie stark diese Gedanken und Gefühle auf Sie zutreffen, wenn Sie Schmerzen haben.

Bewertung:

0 = trifft überhaupt nicht zu, 1 = trifft eher nicht zu, 2 = teils-teils, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft immer zu

1. Ich mache mir ständig Sorgen, ob die Schmerzen wohl jemals wieder aufhören werden.

 |_0_|_1_|_2_|_3_|_4_|H

2. Ich denke, ich kann nicht mehr.

 |_0_|_1_|_2_|_3_|_4_|H

3. Der Zustand ist schrecklich und ich denke, dass es nie mehr besser wird.

 |_0_|_1_|_2_|_3_|_4_|H

4. Der Zustand ist furchtbar und droht mich zu überwältigen.

 |_0_|_1_|_2_|_3_|_4_|H

5. Ich habe das Gefühl, ich halte es nicht mehr aus.

 |_0_|_1_|_2_|_3_|_4_|H

6. Ich bekomme Angst, dass die Schmerzen noch stärker werden.

 |_0_|_1_|_2_|_3_|_4_|M

7. Ich denke ständig an andere Situationen, in denen ich Schmerzen hatte.

 |_0_|_1_|_2_|_3_|_4_|M

8. Ich wünsche mir verzweifelt, dass die Schmerzen weggehen.

 |_0_|_1_|_2_|_3_|_4_|R

9. Ich kann nicht aufhören, an die Schmerzen zu denken.

 |_0_|_1_|_2_|_3_|_4_|R

10. Ich denke ständig daran, wie sehr es schmerzt.

 |_0_|_1_|_2_|_3_|_4_|R

11. Ich denke ständig daran, wie sehr ich mir ein Ende der Schmerzen herbeiwünsche.

 |_0_|_1_|_2_|_3_|_4_|R

12. Es gibt nichts, was ich tun kann, um die Schmerzen zu lindern.

 |_0_|_1_|_2_|_3_|_4_|R

13. Ich mache mir Sorgen, dass die Schmerzen auf etwas Schlimmes hindeuten.

 |_0_|_1_|_2_|_3_|_4_|M

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen: H: _____ M: _____ R: _____ G: _____