

Bitte erledigte Aufgaben markieren ✓

Verlaufs-Termin

Name Patient/in:

Pat-ID:

**1. Verlaufsfragebogen inkl. PCS (G2)
verschicken**

per E-Mail mit Link aus der Übersichtsseite online

3-6 Monate nach A-IMA

per Post

Verlaufs-Termin

Datum:

(des Versands)



per E-Mail-Link (G3)



per Post (G3)
Name Patient/in und
Pat-ID vermerken



per E-Mail-Link (G4)



Eingang kontrollieren,
2 Wochen nach Versand
erinnern



per Post (G4)
Name Patient/in und
Pat-ID vermerken



nach weiteren 2 Wochen nachfragen, ggf. per Post nachsenden



Eingeben

Zeichenerklärung



an Patient



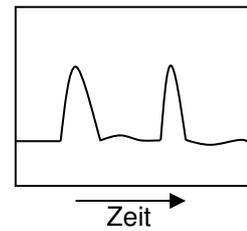
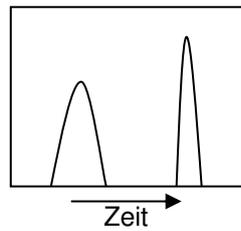
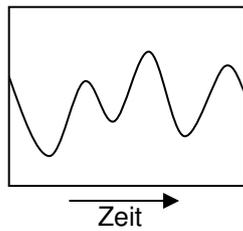
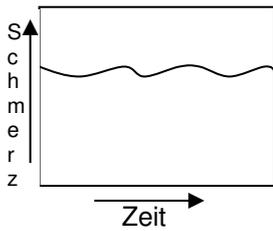
Verschicken



Eingeben

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

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



1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen

3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei

4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bilder 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?

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

4. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie **auf den unten aufgeführten Skalen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen (unter Ihrer üblichen Medikation) empfinden.

a) Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

- [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
 kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

b) Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

- [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
 kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

c) Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

- [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
 kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

5. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftsworten 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"/>

9. 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: _____

10. 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 voll-kommen zu		
	0	1	2	3	4	5
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	<input type="radio"/>					
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	<input type="radio"/>					
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	<input type="radio"/>					
4. Ich habe mein Leben genießen können.	<input type="radio"/>					
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	<input type="radio"/>					
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	<input type="radio"/>					
7. Ich habe mich richtig freuen können.	<input type="radio"/>					

Fragebogen zum Wohlbefinden (FW7, Herda, Scharfenstein u. Basler 1998) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

11. **Hat sich in der Zwischenzeit an Ihrer beruflichen Situation bzw. Arbeitsfähigkeit etwas verändert?**

11a. nein, unverändert, wie zu Beginn der Behandlung

Ja, geändert , und zwar:

ich bin wieder berufstätig

ich bin nicht mehr berufstätig

ich bin aufgrund der Schmerzen nur noch in Teilzeit beschäftigt

ich bin aufgrund der Schmerzen unter erleichterten Bedingungen beschäftigt

ich habe inzwischen einen Rentenantrag gestellt

ich bin inzwischen berentet

sonstige Veränderungen _____

11b. Wenn Sie berufstätig sind, an wie vielen Tagen waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?

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

12. Können Sie sagen, **um wie viel Prozent Ihre Schmerzen abgenommen haben?** um ca. %

13. Wenn Sie alles zusammen betrachten, wie beurteilen Sie den bisherigen **Erfolg Ihrer Behandlung?**
 sehr gut gut zufrieden stellend weniger gut schlecht

Haben Sie noch weitere Bemerkungen? _____

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 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 Alltagstätigkeiten 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"/>				

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 Alltagstätigkeiten?

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

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer** Probleme die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (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"/>				
7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen	<input type="checkbox"/>				

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

Kurzanleitung:

Erstellen Sie sich eine E-Mail-Vorlage mit folgendem Text. Die rot markierten Stellen müssen Sie dann für die individuelle E-Mail in diese Vorlage einfügen:

Betreff: Fragebogen zu Ihrer Teilnahme am A-IMA

Sehr **geehrte(r)**...

vielen Dank für Ihre Teilnahme am Selektivvertrag zum Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessment (kurz A-IMA).

Wir wenden uns heute an Sie, weil wir gerne etwas über **Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand und Ihre derzeitige Schmerzsituation** erfahren möchten.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie hierfür unseren Online-Fragebogen vollständig ausfüllen. Dies wird nur etwa 10 Minuten Zeit in Anspruch nehmen. Sie erreichen die Befragung über folgenden Link:

[Link] aus der online-Übersicht wie im Handbuch beschrieben

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen sehr herzlich!

Mit freundlichen Grüßen

[Ihr Name

Kontaktdaten Ihrer Einrichtung]

bitte aufführen, wenn diese nicht schon in Ihrem E-Mail-Programm automatisch erscheint

1. Öffnen Sie Ihre E-Mail-Vorlage.
2. Rufen Sie den Link für die Nachbefragung per E-Mail in Ihrer Übersichtsseite ab.
3. Unter dem Textteil fügen Sie dann bitte diesen automatisch generierten Fragebogen-Link ein.
4. Wenn nicht in Ihrer Signatur, ergänzen Sie unter der Grußformel („Mit freundlichen Grüßen“) bitte noch **Ihren Namen und die Kontaktdaten Ihrer Einrichtung** (Adresse, Telefonnummer, E-Mail), unter der die Patienten Sie bei Rückfragen ggf. erreichen können.
5. Ganz wichtig: Bitte denken Sie nach dem Absenden der E-Mail noch daran, in der **Datenbank** an entsprechender Stelle zu kennzeichnen, dass Sie den Patienten per E-Mail angeschrieben haben. Herzlichen Dank!



«Anrede»
«Vorname» «Nachname»
«Straße»
«PLZ» «Ort»

Ihr Ansprechpartner:
Telefondurchwahl:
E-Mail:

Datum:

Fragebogen zu Ihrer Schmerzbehandlung im Rahmen des Selektivvertrags zum A-IMA

Sehr geehrte(r)...

vielen Dank für Ihre Teilnahme am Selektivvertrag zum Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessment (kurz A-IMA).

Wir wenden uns heute an Sie, weil wir gerne etwas über **Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand und Ihre derzeitige Schmerzsituation** erfahren möchten.

Bitte füllen Sie hierfür den beiliegenden Fragebogen vollständig aus und senden ihn an uns zurück. Dies wird nicht mehr als 10 Minuten Zeit in Anspruch nehmen. Einen Antwortumschlag haben wir beigelegt. **Sie können den Umschlag mit dem ausgefüllten Fragebogen einfach in den nächsten Briefkasten werfen, eine Briefmarke ist nicht erforderlich.**

Falls Sie Fragen hierzu haben, können Sie sich sehr gerne telefonisch unter der Nummer **XXX** oder unter der E-Mail-Adresse **name@zentrum.de** an uns wenden.

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen sehr herzlich!

Mit freundlichen Grüßen,

Ihre Einrichtung

**Erinnerung eines Patienten bei
ausgebliebener Reaktion auf die
E-Mail-Einladung zur Nachbefragung**

Kurzanleitung:

Erstellen Sie sich bitte eine weitere E-Mail-Vorlage mit folgendem Text. Die rot markierten Stellen müssen Sie dann für die individuelle E-Mail in diese Vorlage einfügen:

Betreff: Erinnerung Fragebogen zu Ihrer Teilnahme am Selektivvertrag zum A-IMA

Sehr **geehrte(r)**...

vor einigen Wochen haben wir Ihnen im Rahmen Ihrer Teilnahme am Selektivvertrag zum Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessment (A-IMA) eine E-Mail mit einem Link zu unserem Fragebogen gesendet.

Da wir leider bisher von Ihnen noch keine Antwort erhalten haben, schreiben wir Ihnen heute ein zweites Mal mit der Bitte, unseren Fragebogen auszufüllen.

Wir möchten gern etwas über **Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand und Ihre derzeitige Schmerzsituation** erfahren.

Wenn Sie den Fragebogen **online** ausfüllen wollen, so erreichen Sie ihn über folgenden Link:

[Link]

Wenn Sie unseren Fragebogen nicht online ausfüllen möchten, so ist das kein Problem. Bitte teilen Sie uns dies in einem solchen Fall einfach über unsere unten aufgeführten Kontaktdaten mit, damit wir Ihnen den Fragebogen **per Post** zusenden können.

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen sehr herzlich!

Mit freundlichen Grüßen

[Kontaktdaten Ihrer Einrichtung]

1. Öffnen Sie Ihre E-Mail-Vorlage.
2. Rufen Sie einen neuen Link für die Nachbefragung per E-Mail in Ihrer Übersichtsseite ab.
3. Unter dem Textteil fügen Sie dann bitte diesen automatisch generierten Fragebogen-Link ein.
4. Wenn nicht in Ihrer Signatur, ergänzen Sie unter der Grußformel („Mit freundlichen Grüßen“) bitte noch **Ihren Namen und die Kontaktdaten Ihrer Einrichtung** (Adresse, Telefonnummer, E-Mail), unter der die Patienten Sie bei Rückfragen ggf. erreichen können.
5. Ganz wichtig: Bitte denken Sie nach dem Absenden der E-Mail noch daran, in der **Datenbank** an entsprechender Stelle zu kennzeichnen, dass Sie den Patienten per E-Mail erinnert haben. Herzlichen Dank!



«Anrede»
«Vorname» «Nachname»
«Straße»
«PLZ» «Ort»

Ihr Ansprechpartner:
Telefondurchwahl:
E-Mail:

Datum:

Fragebogen zu Ihrer Schmerzbehandlung im Rahmen des Selektivvertrags zum A-IMA

Sehr geehrte(r)....,

vor einigen Wochen haben wir Ihnen im Rahmen Ihrer Teilnahme am Selektivvertrag zum Ambulanten Interdisziplinär-Multimodalen Assessment (A-IMA) einen Brief mit einem Fragebogen zugesendet. Da wir bisher von Ihnen keine Antwort erhalten haben, befürchten wir, dass unser Brief verlorengegangen ist. Vielleicht konnten Sie auch wegen einer Krankheit oder Urlaubsreise nicht antworten. Wir senden Ihnen daher unseren Fragebogen ein zweites Mal zu.

Wir möchten gerne etwas über **Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand und Ihre derzeitige Schmerzsituation** erfahren.

Bitte helfen Sie uns, indem Sie nun den beiliegenden Fragebogen vollständig ausfüllen und an uns zurücksenden. Dies wird nicht mehr als 10 Minuten Zeit in Anspruch nehmen. Einen Antwortumschlag haben wir beigelegt. **Sie können den Umschlag mit dem ausgefüllten Fragebogen einfach in den nächsten Briefkasten werfen, eine Briefmarke ist nicht erforderlich.**

Falls Sie Fragen hierzu haben, können Sie sich sehr gerne telefonisch unter der Nummer **XXX** oder unter der E-Mail-Adresse **name@zentrum.de** an uns wenden.

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen sehr herzlich!

Mit freundlichen Grüßen,

Ihre Einrichtung