

Deutscher Schmerzfragebogen für Kinder und Jugendliche

Bogen für Eltern

Daten des Kindes

Name:	
Alter	Geburtsdatum

Geschlecht: weiblich männlich

Welche Schulklasse besucht ihr Kind? _____

- Grundschule
 Gesamtschule
 Hauptschule
 Realschule
 Gymnasium
 Förderschule
 Kindergarten
 andere _____

Wie ist der Beziehungsstatus der Eltern?

- leben zusammen
 getrennt/geschieden seit _____
 haben nie zusammen gelebt
 verwitwet seit _____

Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich?

- leibliche Eltern
 Mutter
 Vater
 Mutter und ihr Partner
 Vater und seiner Partnerin
 Heim
 Adoptiveltern
 Pflegeeltern
 Großeltern/Verwandte

Bitte nennen Sie alle dauerhaften oder belastenden gesundheitlichen Probleme, die Ihr Kind früher hatte oder jetzt hat:

Gibt es bei Familienmitgliedern oder wichtigen Bezugspersonen (z.B. Freunde) **schwere oder chronische Krankheiten oder Schmerzen?** Nein Ja

Falls ja, tagen Sie bitten die folgenden Informationen ein:

WER?	WANN?	Art der Erkrankung oder des Schmerzproblems	Ausgang der Erkrankung?
Beispiel: Bruder	Seit 2002	Rheuma, Gelenke	Hat er immer noch

Gibt es gerade schwere Belastungen in Ihrer Familie oder im Leben Ihres Kindes? Nein Ja

Falls ja, benennen Sie diese bitte (z.B. Scheidung, Trennung, schwere finanzielle Belastungen, Krankheit, Hänselein, Verlust eines Freundes):

Leidet Ihr Kind unter Schlafproblemen? Nein Ja

Falls ja, Probleme beim Einschlafen Durchschlafen Andere _____

Hat Ihr Kind in den letzten drei Monaten Medikamente eingenommen? Nein Ja

Falls ja, bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

Medikament	Dosis und Art	Wie oft täglich?	Wogegen eingenommen? Wie lange?	Wie wirksam? 1 = nicht wirksam 2 = wenig wirksam 3 = gut wirksam

Wurden bisher Untersuchungen zur Klärung der Ursache der Schmerzen (ambulant und/oder stationär) durchgeführt? Nein Ja

Falls ja, bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

Untersuchung:	Zeitpunkt	Von wem durchgeführt?
Beispiel: MRT/ Schädel	Januar 2008	Praxis Müller Stuttgart

Wurde bei Ihrem Kind bereits eine Schmerzdiagnose gestellt? Nein Ja

Falls ja, welche _____

Wurden in der Vergangenheit Behandlungen oder Operationen gegen die Schmerzen durchgeführt? (z.B. Entspannungsverfahren, Akupunktur, elektrische Nervenstimulation, Krankengymnastik, Massagen, Psychotherapie, Injektionen, Kur/Rehabilitation, Operation)?

Nein Ja Falls ja, tragen Sie bitte folgende Informationen ein:

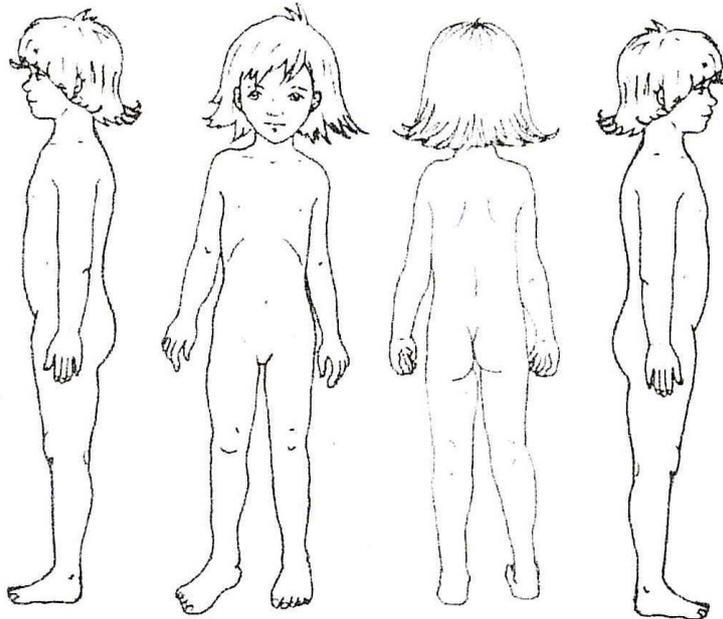
Zeitraum	Behandlung/ Operation	Wie wirksam 1 = nicht wirksam 2 = wenig wirksam 3 = gut wirksam
Beispiel: Februar-Oktober 2008	Akupunktur	2

Wann hat das **aktuelle Schmerzproblem** Ihres Kindes begonnen?

Welche **Beschwerden** hatte Ihr Kind zu Beginn der Schmerzen gehabt?

Traten zu Beginn der Schmerzen besondere Veränderungen in Ihrem oder dem Leben Ihres Kindes auf? **Nein** **Ja**, bitte erläutern _____

Bitte kreuzen (X) Sie die Stellen an, an denen Ihr Kind aktuell Schmerzen hat. Bitte zeichnen Sie zusätzlich einen Kreis (O) an die Stelle, an der Ihr Kind die stärksten Schmerzen hat.



Wann im Tagesverlauf sind die Schmerzen am stärksten? _____

Wann im Tagesverlauf sind die Schmerzen am schwächsten? _____

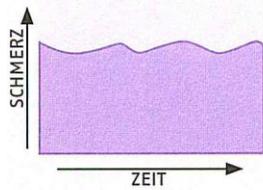
Wann im Wochenverlauf hat Ihr Kind die meisten Schmerzen? _____

Wann im Wochenverlauf hat Ihr Kind die wenigsten Schmerzen? _____

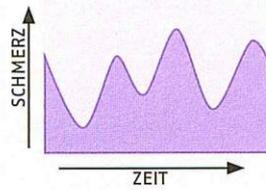
Wie häufig treten die Schmerzen (die mit dem Kreis O) bei Ihrem Kind auf?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> mehrmals pro Jahr | <input type="radio"/> einmal pro Monat | <input type="radio"/> mehrmals pro Monat |
| <input type="radio"/> einmal pro Woche | <input type="radio"/> mehrmals pro Woche | <input type="radio"/> einmal täglich |
| <input type="radio"/> mehrfach täglich | <input type="radio"/> dauernd | |

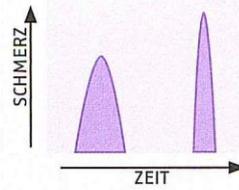
Welches Bild passt am besten zu den Schmerzen Ihres Kindes in den letzten sieben Tagen?



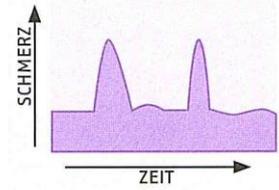
Mein Kind hat dauernd Schmerzen. Die Stärke der Schmerzen schwankt nur wenig.



Mein Kind hat dauernd Schmerzen. Die Stärke der Schmerzen schwankt sehr stark.



Die Schmerzen meines Kindes kommen immer wieder, d.h. sie treten phasenweise oder in Attacken auf. Es gibt auch Zeiten ohne Schmerzen.



Mein Kind hat dauernd Schmerzen. Zusätzlich treten auch stärkere Schmerzattacken auf.

Hat Ihr Kind **dauernd** Schmerzen? **Nein** **Ja**, die Schmerzen sind immer da

Wenn Ihr Kind dauernd Schmerzen hat, seit wann ist das so?

Seit Tagen Seit Wochen Seit Monaten Seit Jahren

Wie lange dauern die Schmerzen Ihres Kindes **meistens**? Minuten, etwa Min.
 Stunden, etwa Stunden Tage, etwa Tage Dauernd

Wie stark waren die **stärksten** Schmerzen Ihres Kindes in den **letzten vier Wochen**?

Mit den Zahlen können Sie angeben, wie stark die Schmerzen Ihres Kindes sind. **0** bedeutet, dass Ihr Kind keine Schmerzen hat, **1** dass es leichte Schmerzen hat, von 2 – 10 wird der Schmerz immer stärker, **10** sind die stärksten Schmerzen, die Sie sich vorstellen können.

BITTE KREUZEN SIE DIE ENTSPRECHENDE ZAHL AN! BITTE GEBEN SIE **NUR EINE** ZAHL AN!

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Keine Schmerzen

Stärkste vorstellbare Schmerzen

Wenn Ihr Kind seine Schmerzen hatte, wie stark, denken Sie, waren diese Schmerzen dann **meistens in den letzten 4 Wochen**?

BITTE KREUZEN SIE DIE ENTSPRECHENDE ZAHL AN! BITTE GEBEN SIE **NUR EINE** ZAHL AN!

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Keine Schmerzen

Stärkste vorstellbare Schmerzen

Wenn ihr Kind seine Schmerzen hatte, wie stark, denken Sie, waren diese Schmerzen **meistens in den letzten sieben Tagen**?

BITTE KREUZEN SIE DIE ENTSPRECHENDE ZAHL AN! BITTE GEBEN SIE **NUR EINE** ZAHL AN!

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Keine Schmerzen

Stärkste vorstellbare Schmerzen

Gehen die Schmerzen Ihres Kindes mit Begleitscheinungen einher (Mehrfachnennungen möglich):

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> keine | <input type="radio"/> Übelkeit | <input type="radio"/> Erbrechen |
| <input type="radio"/> Lichtempfindlichkeit | <input type="radio"/> Geräuschempfindlichkeit | <input type="radio"/> Sehstörungen |
| <input type="radio"/> Schwindel | <input type="radio"/> Schwellung | <input type="radio"/> Rötung |
| <input type="radio"/> Angespanntheit | <input type="radio"/> Andere | |

Wenn es hier um Ihre Tochter geht: Hat die Regelblutung eingesetzt? **Nein** **Ja**

Treten die Schmerzen im zeitlichen Zusammenhang zur Regel auf? **Nein** **Ja**

Was lindert, was verschlimmert die Schmerzen Ihres Kindes?

SITUATION	LINDERND	KEIN EINFLUSS	VERSTÄRKEND
Körperliche Aktivität (Rennen, Fahrrad fahren, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Belastung (Klassenarbeit, Streit, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ungünstige Körperhaltung (krummes Sitzen, langes Stehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufiger Lagewechsel, Herumgehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich Ausruhen, Hinlegen, Ruhighalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Situationen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		STIMMT	STIMMT NICHT
Die Schmerzen meines Kindes sind durch nichts zu beeinflussen:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Werden die Schmerzen Ihres Kindes schlimmer, wenn es ...

	JA	NEIN		JA	NEIN
müde ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ärgerlich ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angespannt ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beschäftigt ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gelangweilt ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	einsam ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
glücklich ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	streitsam ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unglücklich ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	aufgeregt ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gibt es Auslöser für die Schmerzen bei Ihrem Kind? **Nein** **Ja**

Falls ja, welche Auslöser weisen auf die Schmerzen hin (z. B. Schlafmangel, Aufregung, Kälte, Anstrengung, Wetterwechsel, Licht, Lärm, Computerspiele, Fernsehen, Hektik, Schulprobleme, Wochenende oder Ferienbeginn, ...)?

Wo liegen die Ursachen der Hauptschmerzen Ihres Kindes Ihrer Meinung nach?

Was macht Ihr Kind, wenn es Schmerzen hat? Bitte erläutern Sie:

Wie reagieren Sie, wenn Ihr Kind Schmerzen hat? Bitte erläutern Sie:

Unter der Annahme, dass die Schmerzen bleiben, was denken Sie, welche Dinge Ihr Kind jetzt tun sollte, die ihm später helfen?

Welche der folgenden Tätigkeiten Ihres Kindes wurden in den letzten vier Wochen durch die Schmerzen behindert? Bitte umkreisen Sie die jeweils am ehesten zutreffende Ziffer (in Klammern stehen Alternativen für Vorschulkinder):

	NIEMALS	SELTEN	MANCHMAL	HÄUFIG	IMMER
Familienleben genießen	1	2	3	4	5
Essen/Appetit	1	2	3	4	5
Freunde treffen	1	2	3	4	5
Sport	1	2	3	4	5
Schlafen	1	2	3	4	5
Fernsehen	1	2	3	4	5
Lesen	1	2	3	4	5
Hausaufgaben (oder: Malen, Basteln)	1	2	3	4	5
Schulbesuch (oder: Kindergarten)	1	2	3	4	5
Ins Kino gehen (oder: zum Spielplatz)	1	2	3	4	5
Lieblingsbeschäftigung	1	2	3	4	5
Ungeliebte Beschäftigungen	1	2	3	4	5

Gibt es noch andere Situationen, bei denen die Schmerzen Ihr Kind behindern oder beeinträchtigen? Oder möchten Sie einen Punkt etwas ausführlicher beschreiben?

Haben die Schmerzen Ihr Kind in den letzten 3 Monaten von Dingen abgehalten, die es tun wollte? **Nein** **Ja**, falls ja, bitte erläutern Sie

Haben die Schmerzen Ihr Kind in den letzten drei Monaten vom Schul- / Kindergartenbesuch abgehalten? **Nein** **Ja**, an Tagen

Haben die Schmerzen Ihres Kindes in den letzten 3 Monaten dazu geführt, dass es den Unterricht verlassen musste oder später dazu kam? **Nein** **Ja**, an Tagen

Haben die Schul- oder Kindergartenfehltage in den letzten vier Wochen gegenüber den letzten drei Monaten zugenommen? **Nein** **Ja**

Wenn ja, wie oft haben die Schmerzen Ihr Kind in den letzten 4 Wochen vom Schulbesuch (oder Kindergartenbesuch) abgehalten? **Nein** **Ja** an Tagen

Haben die Schmerzen Ihr Kind während der letzten sieben Tage von anstrengenden körperlichen Aktivitäten abgehalten, wie z. B. rennen, radfahren oder der Teilnahme an anstrengenden Sportarten? **Nein** **Ja**, an Tagen

Haben die Schmerzen Ihr Kind während der letzten sieben Tage von gemäßigten körperlichen Aktivitäten abgehalten, wie z. B. mehrere Etagen Treppensteigen, bücken, schnelles gehen oder heben? **Nein** **Ja**, an Tagen

Haben die Schmerzen Ihr Kind während der letzten sieben Tage von leichten körperlichen Aktivitäten abgehalten, wie z. B. gehen, sitzen oder stehen? **Nein** **Ja**, an Tagen