ERSTKONTAKT Name Termin



DEUTSCHER SCHMERZFRAGEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

BOGEN FÜR ELTERN

Deutsches Kinderschmerzzentrum
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln
Universität Witten/Herdecke
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5
45711 Datteln

Fon: 02363/975-180
Fax: 02363/975-181

E-Mail: info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de
Web: www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de
www.facebook.com/DeutschesKinderschmerzzentrum

DSF-KJ Eltern Erstkontakt, Version 3.0

© Prof. Dr. B. Zernikow, Datteln

Gestaltung: Dirk Pleyer, 1:BEIDE, Bochum
Layout: RDN Agentur für PR, Recklinghausen

Deutsches Kinderschmerzzentrum

Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln
UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll uns helfen, einen ausführlichen Überblick über die Schmerzproblematik Ihres Kindes zu gewinnen und eine umfassende Therapie einzuleiten. Alle Informationen, die wir aus diesem und den weiteren Fragebögen sowie durch Gespräche erhalten, bleiben strikt vertraulich.

Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Schmerzen sind ein so umfassendes Problem, dass auch scheinbar unwichtige Einzelheiten für uns Bedeutung haben. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

Ihre Daten und die Ihres Kindes unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht.**

Um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen fortlaufend durch wissenschaftliche Begleitung zu verbessern, benötigen wir Angaben von Ihnen und Ihrem Kind. Diese Angaben werden anonymisiert verarbeitet, d.h. sie können keiner bestimmten Person zugeordnet werden.

Wir bitten Sie hiermit um Ihr Einverständnis zur Speicherung der Daten Ihres Kindes und von Ihnen. Dieses Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Falls Sie keine Einverständniserklärung erteilen möchten bzw. zu irgendeinem Zeitpunkt Ihr Einverständnis widerrufen, entsteht selbstverständlich kein Nachteil bei der Behandlung Ihres Kindes.

Ihr Schmerzteam

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Vor- und Nachname Ihres Kindes

ICH BIN MIT DEM SPEICHERN UND ANONYMEN VERWENDEN DER IN DEN FRAGEBÖGEN ERHOBENEN DATEN MEINES KINDES UND VON MIR EINVERSTANDEN.

○ Ja

○ Nein

Ort und Datum

Unterschrift beider Eltern*

* Bei besonderen familiären Situationen (z.B. Trennung der Eltern, Alleinerziehende) interessieren uns die Aussagen von denjenigen Bezugspersonen, die seit mindestens einem Jahr mit Ihrem Kind zusammen leben.

ALLGEMEINE DATEN ZUM KIND UND SEINER FAMILIE

INFORMATIONEN ÜBER DIE ELTERN

1. HEUTIGES DATUM:

2. IHR NAME:

3. STRASSE/HAUSNUMMER:

4. PLZ/ORT:

5. TELEFON:

6. MOBIL:

6. E-MAIL:

7. DER BOGEN WIRD AUSGEFÜLLT VON:

◯ Mutter ◯ Vater ◯ andere: .....

8. DERZEIT AUSGEÜBTER BERUF DER MUTTER: .....

◯ Vollzeit ◯ Teilzeit (in %): ..... ◯ nicht berufstätig

Besonderheiten (Beispiel: Schichtarbeit): .....

9. DERZEIT AUSGEÜBTER BERUF DES VATERS: .....

◯ Vollzeit ◯ Teilzeit (in %): ..... ◯ nicht berufstätig

Besonderheiten (Beispiel: Schichtarbeit): .....

10. WELCHE STAATSANGEHÖRIGKEIT HABEN SIE?

MUTTER

◯ Deutsch ◯ andere Staatsangehörigkeit – welche? .....

VATER

◯ Deutsch ◯ andere Staatsangehörigkeit – welche? .....

11. IN WELCHEM LAND SIND SIE GEBOREN?

MUTTER

◯ in Deutschland ◯ in einem anderem Land – welches? .....

VATER

◯ in Deutschland ◯ in einem anderem Land – welches? .....

12. SEIT WANN LEBEN SIE HAUPTSÄCHLICH IN DEUTSCHLAND?

MUTTER

◯ seit meiner Geburt ◯ seit (Jahreszahl) .....

VATER

◯ seit meiner Geburt ◯ seit (Jahreszahl) .....

13. WELCHE SPRACHEN WERDEN BEI IHNEN ZU HAUSE GESPROCHEN?

◯ Deutsch ◯ andere Sprachen – welche? .....

14. SEIT WANN LEBT IHR KIND IN DEUTSCHLAND?

◯ seit seiner Geburt ◯ seit es ..... Jahre alt ist

DATEN DES KINDES

15. NAME:

16. ALTER: 17. GEBURTSDATUM:

18. GESCHLECHT: ◯ weiblich ◯ männlich

19. WELCHE EINRICHTUNG BESUCHT IHR KIND?

◯ Grundschule ◯ Gesamtschule ◯ Hauptschule ◯ Realschule

◯ Gymnasium ◯ Förderschule ◯ Kindergarten ◯ noch keine

◯ andere: .....

20. UND WELCHE SCHULKLASSE? .....

INFORMATIONEN ÜBER DIE FAMILIÄRE GEMEINSCHAFT

21. WIE IST DER BEZIEHUNGSSTATUS DER ELTERN?

- ○ leben zusammen
- ○ haben nie zusammen gelebt
- ○ sind getrennt/geschieden seit: .....
- ○ verwitwet seit: .....

22. BEI WEM LEBT IHR KIND HAUPTSÄCHLICH?

- ○ leiblichen Eltern
- ○ leiblicher Mutter
- ○ leiblicher Mutter und ihrem Partner
- ○ Adoptiveltern
- ○ Großeltern oder Verwandten
- ○ leiblichem Vater
- ○ leiblichem Vater und seiner Partnerin
- ○ Pflegeeltern
- ○ in einem Heim
- ○ Sonstiges: .....

23. WER HAT DAS SORGERECHT?

- ○ beide Eltern
- ○ Mutter
- ○ Vater
- ○ andere Bezugsperson: .....

24. BITTE NENNEN SIE ALLE GESCHWISTER SOWIE PERSONEN, DIE SEIT MINDESTENS EINEM JAHR MIT DEM KIND IN EINEM HAUSHALT WOHNEN.

BEZIEHUNGSTATUS ZUM KIND	GEBURTSDATUM
Beispiel: Vater	*17.02.1965*

25. BITTE NENNEN SIE ALLE NAHEN VERWANDTEN/PERSONEN, DIE **NICHT MEHR** IN EINEM HAUSHALT MIT DEM KIND WOHNEN

BEZIEHUNGSTATUS ZUM KIND	LEBT/ARBEITET	GEBURTSDATUM
Beispiel: Bruder	*studiert in Düsseldorf seit 2 Jahren*	*15.08.1979*

DIE MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE IHRES KINDES

ALLGEMEINE MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

26. BITTE NENNEN SIE **ALLE DAUERHAFTEN ODER BELASTENDEN** GESUNDHEITLICHEN PROBLEME, DIE IHR KIND FRÜHER HATTE ODER JETZT HAT.

27. WURDE IHR KIND JEMALS STATIONÄR IN EINEM KRANKENHAUS BEHANDELT?

○ Ja ○ Nein

Falls ja, tragen Sie bitte die folgenden Informationen ein:

WANN?	**WARUM?**
Beispiel: Sommer 1999	*Neugeborenen-Gelbsucht*
Beispiel: 07.–13.01.2008	*Untersuchungen wegen Bauchschmerzen*

28. GIBT ES BEI FAMILIENMITGLIEDERN ODER WICHTIGEN BEZUGSPERSONEN (Z.B. FREUNDE) **SCHWERE ODER CHRONISCHE KRANKHEITEN ODER SCHMERZEN?**

○ Ja ○ Nein

Falls ja, tragen Sie bitte 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*

29. GIBT ES ZUR ZEIT SCHWERE BELASTUNGEN IN IHRER FAMILIE ODER IM LEBEN IHRES KINDES?

○ Ja ○ Nein

Falls ja, benennen Sie diese bitte (zum Beispiel: Scheidung, Trennung, schwere finanzielle Belastung, Krankheit, Hänseleien, Verlust eines Freundes):

.....

.....

.....

.....

.....

30. LEIDET IHR KIND UNTER SCHLAFPROBLEMEN?

○ Ja ○ Nein

Falls ja, seit wann? Etwa seit: .....

Falls ja, welcher Art sind die Schlafprobleme:

○ Probleme beim Einschlafen

○ Probleme beim Durchschlafen

○ Andere Probleme, nämlich: .....

BISHERIGE UNTERSUCHUNGEN UND BEHANDLUNGEN

31. HAT IHR KIND IN DEN **LETZTEN 3 MONATEN** MEDIKAMENTE EINGENOMMEN?

○ Ja ○ Nein

Falls ja, bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

MEDIKAMENT	**DOSIS UND ART** (Tabletten, Tropfen, Zäpfchen, Hübe)	**WIE OFT PRO TAG? NACH BEDARF?**	**WARUM bzw. WOGEGEN EINGENOMMEN? ÜBER WELCHEN ZEITRAUM?**	**WIE WIRKSAM?** 1 = nicht wirksam 2 = wenig wirksam 3 = gut wirksam
Beispiel: Ben-u-ron	*500 mg pro Tablette*	*nach Bedarf*	*Gegen die Schmerzen Seit 8 Wochen*	*2*
Beispiel: Antibiotikum	*Filmtablette*	*3x täglich*	*Nebenhöhlenentzündung Über 10 Tage*	*3*

32. WURDEN **IN DER VERGANGENHEIT** NOCH WEITERE **MEDIKAMENTE GEGEN DIE SCHMERZEN** VERABREICHT?

○ Ja ○ Nein

Falls ja, bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

MEDIKAMENT	**DOSIS/ART** (Tabletten, Tropfen, Zäpfchen, Hübe)	**WIE OFT PRO TAG? NACH BEDARF?**	**ZEITRAUM DER EINNAHME**	**WIE WIRKSAM?** 1 = nicht wirksam 2 = wenig wirksam 3 = gut wirksam
Beispiel: Ben-u-ron	*500 mg pro Tablette*	*nach Bedarf*	*Februar bis Oktober 2008*	*2*

33. WURDEN BISHER UNTERSUCHUNGEN ZUR KLÄRUNG DER URSACHE DER SCHMERZEN (AMBULANT UND/ODER STATIONÄR) DURCHGEFÜHRT?

○ Ja ○ Nein

Falls ja, bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

UNTERSUCHUNG	ZEITPUNKT	VON WEM DURCHGEFÜHRT?
Beispiel: MRT/Schädel	*Januar 2008*	*Praxis Dr. Müller/Dortmund*
Beispiel: Orthopäde	*Februar 2008*	*Orthopädische Praxis Dr. Meier/Datteln*

34. WURDE BEI IHREM KIND BEREITS EINE SCHMERZDIAGNOSE GESTELLT?

○ Ja ○ Nein

Falls ja, welche: .....

35. WURDEN IN DER VERGANGENHEIT BEHANDLUNGEN GEGEN DIE SCHMERZEN DURCHGEFÜHRT (zum Beispiel Entspannungsverfahren, Akupunktur, Elektrische Nervenstimulation (TENS), Krankengymnastik, Massagen, Psychotherapie, Injektionen, Nervenblockaden, Kur-/Rehabilitationsmaßnahmen, Operationen)?

○ Ja ○ Nein

Falls ja, bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

ZEITRAUM	BEHANDLUNG/OPERATION	WIE WIRKSAM? 1 = nicht wirksam 2 = wenig wirksam 3 = gut wirksam
Beispiel: Februar–Oktober 2008	*Akupunktur*	*2*

36. WIE VIELE VERSCHIEDENE ÄRZTE/THERAPEUTEN HABEN SIE WEGEN DER SCHMERZEN IHRES KINDES BISHER AUFGESUCHT?

◯ keine ◯ ca. ..... Ärzte/Therapeuten

37. VON WEM WURDE IHR KIND WEGEN SEINER SCHMERZEN BISHER UNTERSUCHT ODER BEHANDELT?

◯ Kinderarzt ◯ Allgemeinarzt ◯ (Kinder-) Neurologe

◯ Orthopäde ◯ Radiologe ◯ (Kinder-) Psychotherapeut

◯ (Kinder-) Psychiater ◯ (Kinder-) Chirurg ◯ Schmerztherapeut

◯ Heilpraktiker ◯ Physiotherapeut ◯ Andere: .....

38. WIE HÄUFIG HABEN SIE MIT IHREM KIND IN DEN **LETZTEN 3 MONATEN** EINEN ARZT/THERAPEUTEN WEGEN DER SCHMERZEN IHRES KINDES AUFGESUCHT?

◯ nie ◯ ca. ..... Termine in den letzten 3 Monaten

DIE SCHMERZCHARAKTERISTIK IHRES KINDES

SCHMERZGESCHICHTE IHRES KINDES

39. WANN HAT DAS **AKTUELLE SCHMERZPROBLEM** IHRES KINDES BEGONNEN?

.....

40. WELCHE **BESCHWERDEN** HAT IHR KIND ZU BEGINN DER SCHMERZEN GEHABT?

.....

.....

41. HABEN DIE SCHMERZEN IN IHRER STÄRKE GESCHWANKT?

◯ Ja ◯ Nein

Falls ja, beschreiben Sie dies bitte (zum Beispiel: abnehmend, zunehmend, ständig wechselnd, von Anfang an gleichbleibend, von April bis Juni 1998 ganz verschwunden und so weiter):

.....

.....

42. TRATEN ZU BEGINN DER SCHMERZEN GRÖSSERE ODER BESONDERE VERÄNDERUNGEN IN IHREM ODER DEM LEBEN IHRES KINDES AUF?

◯ Ja ◯ Nein

Falls ja, bitte erläutern:

.....

.....

.....

AKTUELLE SCHMERZSITUATION

43. WIE NENNEN SIE DIE SCHMERZEN IHRES KINDES (zum Beispiel: Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, Bauchweh, Rückenweh, oder anders)? Bitte geben Sie die Schmerzen in der Reihenfolge der Stärke an, die stärksten Schmerzen zuerst.

Schmerzproblem Nr. 1: .....

Schmerzproblem Nr. 2: .....

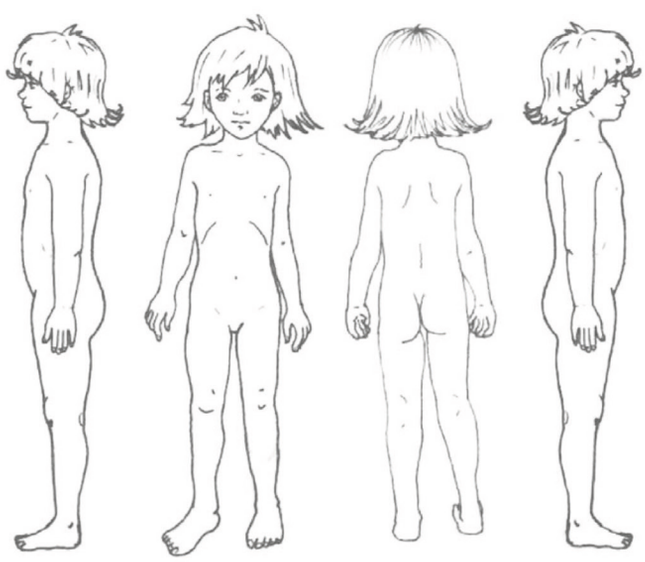
Schmerzproblem Nr. 3: .....

Weitere Schmerzprobleme: .....

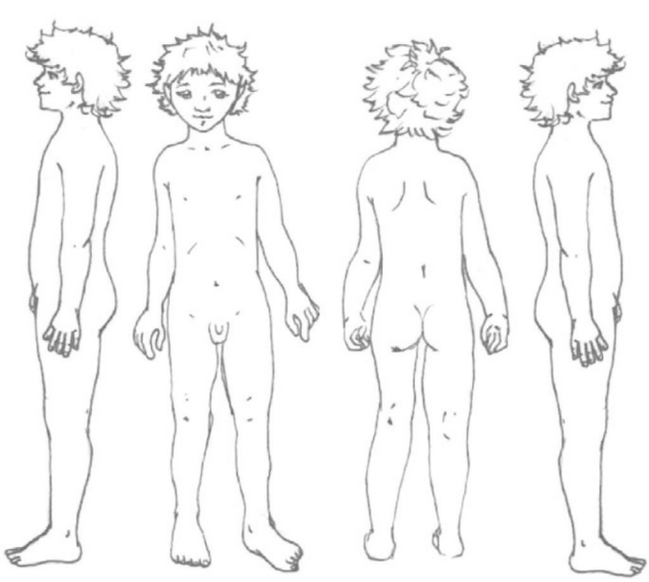
44. BITTE KREUZEN („X“) SIE DIE STELLEN AN, AN DENEN IHR KIND SCHMERZEN HAT.

45. BITTE ZEICHNEN SIE ZUSÄTZLICH EINEN KREIS (◯) AN DIE STELLE, AN DER IHR KIND DIE **HAUPTSCHMERZEN** HAT.

MÄDCHEN



JUNGEN



46. WANN IM TAGESVERLAUF SIND DIE HAUPTSCHMERZEN **AM STÄRKSTEN?**

47. WANN IM TAGESVERLAUF SIND DIE HAUPTSCHMERZEN **AM SCHWÄCHSTEN?**

48. WANN IM WOCHENVERLAUF HAT IHR KIND **DIE MEISTEN** SCHMERZEN?

49. WANN IM WOCHENVERLAUF HAT IHR KIND **DIE WENIGSTEN** SCHMERZEN?

50. **IN WELCHER JAHRESZEIT** ODER **WELCHEM MONAT** HAT IHR KIND DIE MEISTEN SCHMERZEN?

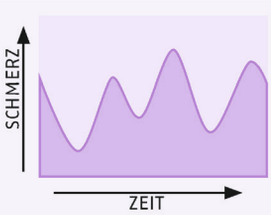
51. WIE HÄUFIG TRETEN DIE **HAUPTSCHMERZEN** (DIE MIT DEM KREIS ◯) BEI IHREM KIND AUF?

- ◯ einmal pro Jahr
- ◯ mehrmals pro Jahr
- ◯ einmal pro Monat
- ◯ mehrmals pro Monat
- ◯ einmal pro Woche
- ◯ mehrmals pro Woche
- ◯ einmal täglich
- ◯ mehrmals täglich
- ◯ dauernd

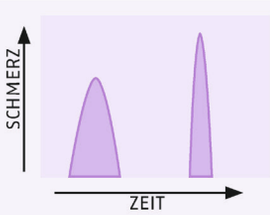
52. WELCHES BILD PASST AM BESTEN ZU DEN HAUPTSCHMERZEN IHRES KINDES IN DEN **LETZTEN 7 TAGEN?**



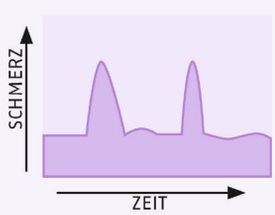
◯ Mein Kind hat dauernd Schmerzen. Die Stärke der Schmerzen schwankt nur wenig.



◯ 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. Zwischendurch treten auch zusätzliche, stärkere Schmerzattacken auf.

53. HAT IHR KIND **DAUERND** SCHMERZEN (DAS HEISST, DIE SCHMERZEN SIND **IMMER DA** UND **NIE WEG**)?

- ◯ Nein, die Schmerzen sind manchmal da und manchmal weg
- ◯ Ja, die Schmerzen meines Kindes sind immer da und nie weg

WENN IHR KIND **DAUERND** SCHMERZEN HAT, SEIT WANN IST DAS SO?

◯ Seit ..... Tagen ◯ Seit ..... Wochen ◯ Seit ..... Monaten ◯ Seit ..... Jahren

54. WIE LANGE DAUERN DIE HAUPTSCHMERZEN IHRES KINDES **MEISTENS** AN?

- ◯ Minuten, nämlich etwa ..... Minuten
- ◯ Stunden, nämlich etwa ..... Stunden
- ◯ Tage, nämlich etwa ..... Tage
- ◯ Dauernd

Im Folgenden möchten wir gerne ein bisschen mehr über die **Hauptschmerzen** Ihres Kindes erfahren, d.h. die Schmerzen die Sie in der Körperabbildung mit einem Kreis markiert haben.

Mit den Zahlen können Sie angeben, wie stark die Schmerzen Ihres Kindes sind: **0** bedeutet, dass Ihr Kind keine Schmerzen hat. Bei **1** beginnt ein leichter Schmerz und wird bei den folgenden Zahlen immer stärker bis hin zur **10**. **10** bedeutet, dass Ihr Kind die stärksten Schmerzen hat.

BITTE DENKEN SIE BEI DEN NÄCHSTEN BEIDEN FRAGEN AN DIE **LETZTEN 4 WOCHEN**.

55. WIE STARK WAREN DIE **STÄRKSTEN** SCHMERZEN IHRES KINDES **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 Schmerzen

56. WIE STARK WAREN DIE SCHMERZEN **MEISTENS**, WENN IHR KIND **IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN** SCHMERZEN HATTE?

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 Schmerzen

BITTE DENKEN SIE BEI DEN NÄCHSTEN BEIDEN FRAGEN AN DIE **LETZTEN 7 TAGE:**

57. WIE STARK WAREN DIE **STÄRKSTEN** SCHMERZEN IHRES KINDES **IN DEN LETZTEN 7 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 Schmerzen

58. WIE STARK WAREN DIE SCHMERZEN **MEISTENS**, WENN IHR KIND **IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN** SCHMERZEN HATTE?

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 Schmerzen

59. GEHEN DIE SCHMERZEN IHRES KINDES MIT **BEGLEITERSCHEINUNGEN** EINHER (MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH)?

- ◯ keine Begleiterscheinung
- ◯ Übelkeit
- ◯ Erbrechen
- ◯ Lichtempfindlichkeit
- ◯ Geräuschempfindlichkeit
- ◯ Sehstörungen
- ◯ Schwindel
- ◯ Schwellung
- ◯ Rötung
- ◯ Schwäche
- ◯ schnelle Atmung
- ◯ Müdigkeit
- ◯ Angespanntheit
- ◯ Schlafstörungen
- ◯ Schwitzen
- ◯ Verstopfung
- ◯ Überempfindlichkeit der Haut
- ◯ Konzentrationsstörungen
- ◯ Andere: .....

.....

60. MERKEN SIE, WENN SICH SCHMERZEN BEI IHREM KIND **ANKÜNDIGEN?**

◯ Ja ◯ Nein

Falls ja, welche Zeichen weisen auf kommende Schmerzen hin (zum Beispiel: Steifheit, bestimmte Änderungen in Stimmung oder Verhalten, körperliche Empfindungen oder bestimmte Aussagen)?

.....

.....

.....

.....

61. MIT DER FOLGENDEN LISTE VON EIGENSCHAFTSWÖRTERN KÖNNEN SIE DIE SCHMERZEN IHRES KINDES GENAUER BESCHREIBEN. BITTE LASSEN SIE KEINE DER BESCHREIBUNGEN AUS UND MACHEN SIE **IN JEDER ZEILE EIN KREUZ,** INWIEWEIT DIE AUSSAGE IHRER MEINUNG NACH AUF IHR KIND ZUTRIFFT.

DIE SCHMERZEN MEINES KINDES SIND MEINER MEINUNG NACH...				
	trifft genau zu	**trifft weitgehend zu**	**trifft ein wenig zu**	**trifft nicht zu**
grausam	○	○	○	○
mörderisch	○	○	○	○
elend	○	○	○	○
schauderhaft	○	○	○	○
scheußlich	○	○	○	○
marternd	○	○	○	○
furchtbar	○	○	○	○
unerträglich	○	○	○	○
brennend	○	○	○	○
pochend	○	○	○	○
stechend	○	○	○	○
hämmernd	○	○	○	○
drückend	○	○	○	○
pulsierend	○	○	○	○

62. WENN ES HIER UM IHRE TOCHTER GEHT:

Hat die Regelblutung bei Ihrer Tochter bereits eingesetzt?

○ Ja ○ Nein

Falls ja: Wann trat die erste Regelblutung auf? .....

63. TRETEN DIE SCHMERZEN IN DIREKTEM ZEITLICHEN ZUSAMMENHANG ZUR REGELBLUTUNG AUF?

○ Ja ○ Nein

Falls ja:

○ häufig? ○ immer?

FAKTOREN, DIE DEN SCHMERZ BEEINFLUSSEN

64. WAS LINDERT, WAS VERSCHLIMMERT DIE HAUPTSCHMERZEN IHRES KINDES?

SITUATION	LINDERND	KEIN EINFLUSS	VERSTÄRKEND
Körperliche Aktivität (Rennen, Fahrrad fahren, etc.)	○	○	○
Psychische Belastung (Klassenarbeit, Streit, etc.)	○	○	○
Ungünstige Körperhaltung (krummes Sitzen, langes Stehen)	○	○	○
Häufiger Lagewechsel, Herumgehen	○	○	○
Sich Ausruhen, Hinlegen, Ruhighalten	○	○	○
Andere Situationen:	○	○	○

	STIMMT	STIMMT NICHT
Die Schmerzen meines Kindes sind durch nichts zu beeinflussen:	○	○

65. WERDEN DIE SCHMERZEN IHRES KINDES SCHLIMMER, WENN ES ...

	JA	NEIN		JA	NEIN
müde ist	○	○	ärgerlich ist	○	○
angespannt ist	○	○	beschäftigt ist	○	○
gelangweilt ist	○	○	einsam ist	○	○
glücklich ist	○	○	streitsam ist	○	○
unglücklich ist	○	○	aufgeregt ist	○	○

66. GIBT ES **AUSLÖSER** FÜR DIE HAUPTSCHMERZEN BEI IHREM KIND?

○ Ja ○ Nein

Falls ja, welche Auslöser weisen auf die Hauptschmerzen hin (zum Beispiel: Schlafmangel, Aufregung, Kälte, körperliche Anstrengung, Wetterwechsel, Licht, Lärm, Computerspiele, Fernsehen, Hektik, Schulprobleme, Wochenende oder Ferienbeginn ...)?

.....

.....

.....

.....

.....

UMGANG MIT DEM SCHMERZ

67. WO LIEGEN DIE **URSACHEN** DER HAUPTSCHMERZEN IHRES KINDES IHRER MEINUNG NACH?

68. WAS MACHT IHR KIND, WENN ES SCHMERZEN HAT? BITTE ERLÄUTERN SIE:

69. WIE REAGIEREN SIE, WENN IHR KIND SCHMERZEN HAT? BITTE ERLÄUTERN SIE:

IHRE ERWARTUNGEN

70. WIE WÜRDE SICH DAS LEBEN IHRES KINDES ÄNDERN, WENN DAS AKTUELLE SCHMERZPROBLEM PLÖTZLICH VERSCHWÄNDE?

71. WIE WÜRDE SICH IHR FAMILIENLEBEN VERÄNDERN?

72. UNTER DER ANNAHME, DASS DIE SCHMERZEN BLEIBEN:
WAS DENKEN SIE, WELCHE DINGE IHR KIND **JETZT** TUN SOLLTE, DIE IHM SPÄTER HELFEN?

FRAGEN ZU EINSCHRÄNKUNGEN IM ALLTAG

28. WENN MENSCHEN KRANK SIND ODER SICH NICHT WOHL FÜHLEN, FÄLLT ES IHNEN MANCHMAL SCHWER, IHRE ÜBLICHEN ODER NORMALEN AKTIVITÄTEN DURCHZUFÜHREN.

    HATTE IHR KIND IN DEN **LETZTEN VIER WOCHEN** KÖRPERLICHE PROBLEME ODER SCHWIERIGKEITEN BEIM AUSÜBEN FOLGENDER AKTIVITÄTEN?

Wie viel Schwierigkeiten hatte Ihr Kind?	**KEINE**	**WENIG**	**EINIGE**	**GROSSE**	**UNMÖGLICH**
Zum Badezimmer/Toilette gehen	○	○	○	○	○
Treppen hochgehen	○	○	○	○	○
Etwas mit einem Freund unternehmen (z. B. ein Spiel spielen)	○	○	○	○	○
Pflichten zu Hause erledigen	○	○	○	○	○
Regelmäßige Mahlzeiten essen	○	○	○	○	○
Den ganzen Tag auf sein, ohne Mittagsschlaf oder Pause	○	○	○	○	○
Mit dem Schulbus oder in einem Auto mitfahren	○	○	○	○	○
Den ganzen Tag in der Schule sein (oder: im Kindergarten)	○	○	○	○	○
Sport machen (z. B Schulsport, Freizeit)	○	○	○	○	○
Lesen oder Hausaufgaben machen (oder: Malen, Basteln)	○	○	○	○	○
Fernsehen	○	○	○	○	○
Die Strecke so lang wie ein Fußballfeld gehen	○	○	○	○	○
Die Strecke so lang wie ein Fußballfeld rennen	○	○	○	○	○
Einkaufen gehen	○	○	○	○	○
Abends ein- und durchschlafen	○	○	○	○	○

75. HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND IN DEN **LETZTEN 3 MONATEN VOM SCHULBESUCH (ODER KINDERGARTENBESUCH) ABGEHALTEN?**

◯ Nein ◯ Ja, nämlich an ..... Tagen ging es gar nicht in die Schule/den Kindergarten

76. HABEN DIE SCHMERZEN IHRES KINDES IN DEN **LETZTEN 3 MONATEN** DAZU GEFÜHRT, DASS ES VORZEITIG DEN UNTERRICHT (ODER KINDERGARTEN) VERLASSEN MUSSTE ODER SPÄTER ZUM UNTERRICHT (ODER KINDERGARTEN) KAM?

◯ Nein ◯ Ja, nämlich an ..... Tagen verließ es vorzeitig den Unterricht (Kindergarten)/konnte es erst später gehen

77. HABEN DIE SCHUL- ODER KINDERGARTENFEHLTAGE IN DEN **LETZTEN 4 WOCHEN** GEGENÜBER DEN LETZTEN 3 MONATEN **ZUGENOMMEN?**

◯ Nein ◯ Ja

WENN JA: WIE OFT HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND IN DEN **LETZTEN 4 WOCHEN VOM SCHULBESUCH (ODER KINDERGARTENBESUCH) ABGEHALTEN?**

◯ an ..... Tagen ging es gar nicht in die Schule/den Kindergarten

78. HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND WÄHREND DER **LETZTEN 7 TAGE** VON **ANSTRENGENDEN** KÖRPERLICHEN AKTIVITÄTEN ABGEHALTEN, WIE ZUM BEISPIEL RENNEN, RADFAHREN, HEBEN SCHWERER GEGENSTÄNDE ODER DER TEILNAHME AN ANSTRENGENDEN SPORTARTEN?

◯ Nein ◯ Ja, nämlich ca. an ..... Tagen

79. HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND WÄHREND DER **LETZTEN 7 TAGE** VON **GEMÄSSIGTEN** KÖRPERLICHEN AKTIVITÄTEN ABGEHALTEN, WIE ZUM BEISPIEL MEHRERE ETAGEN TREPPENSTEIGEN, BÜCKEN, SCHNELLES GEHEN ODER HEBEN?

◯ Nein ◯ Ja, nämlich ca. an ..... Tagen

80. HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND WÄHREND DER **LETZTEN 7 TAGE** VON **LEICHTEN** KÖRPERLICHEN AKTIVITÄTEN ABGEHALTEN, WIE ZUM BEISPIEL GEHEN, SITZEN ODER STEHEN?

◯ Nein ◯ Ja, nämlich ca. an ..... Tagen

81. GIBT ES NOCH ANDERE WICHTIGE DINGE, DIE SIE UNS ÜBER DIE SCHMERZEN IHRES KINDES MITTEILEN MÖCHTEN ODER ÜBER DEN EINFLUSS, DEN DIE SCHMERZEN AUF IHR KIND, SIE ODER IHRE FAMILIE HABEN?

VIELEN DANK!

PLATZ FÜR NOTIZEN, ANMERKUNGEN, ZEICHNUNGEN

DEUTSCHES KINDERSCHMERZZENTRUM

VESTISCHE KINDER- UND JUGENDKLINIK DATTELN
UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE

Die Kinderschmerzambulanz an der Vestischen Kinder - und Jugendklinik Datteln – Universität Witten/Herdecke besteht seit Oktober 2002. Seit Januar 2012 ist sie ein wichtiger Teil des Deutschen Kinderschmerzzentrums.

Das Deutsche Kinderschmerzzentrum bietet Kindern und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen eine umfassende medizinisch-psychologische Versorgung, bestehend aus

> medizinischer und psychologischer Schmerzdiagnostik
> individuell ausgearbeiteten Therapieplänen
> integrativen Schmerztherapieverfahren wie transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), Biofeedback etc.

Für die Mitarbeiter des Deutschen Kinderschmerzzentrums ist eine enge Zusammenarbeit mit

> niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten sowie Hausärzten,
> allen Fachbereichen der Kinderheilkunde (z.B. Gastroenterologie, Neurologie, Rheumatologie),
> weiterführenden Fachdisziplinen (Orthopädie, Anästhesie etc.),
> unterschiedlichen Berufsgruppen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern, Physiotherapeuten, Diätassistenten etc.) und komplementär-medizinischen Therapeuten (Homöopathie, Akupunktur etc.)

fester Bestandteil der Arbeit.

Neben der ambulanten Schmerztherapie bietet das Deutsche Kinderschmerzzentrum auch eine stationäre Behandlung für Kinder und Jugendliche mit sehr stark beeinträchtigenden chronischen Schmerzen auf der Station „Leuchtturm“ an. Dort werden Kinder und Jugendliche von einem interdisziplinären Team bestehend aus Ärzten, Psychologen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern, Erziehern, Sozialarbeitern und weiteren Therapeuten betreut. Die Kinder und Jugendlichen lernen auf der Station im Rahmen eines meist 3-wöchigen Behandlungsprogramms Schmerzbewältigungsstrategien. Spezielle Angebote, wie z. B. Krankengymnastik, Psychomotorik, Kunst- und Musiktherapie, begleitete Hospitationen der Familie im Klinikalltag, Belastungserprobungen sowie der Besuch der klinikeigenen Schule, komplettieren das stationäre therapeutische Konzept.

Im Juli 2008 wurde der „Vodafone Stiftungslehrstuhl für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin“ an der Universität Witten/Herdecke eingerichtet. Hier werden zahlreiche Forschungsarbeiten zu chronischen Schmerzen im Kindes- und Jugendalter durchgeführt.

KONTAKT:

Deutsches Kinderschmerzzentrum
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5
45711 Datteln

Fon: 02363/975-180
Fax: 02363/975-181

E-Mail: info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de

www.facebook.com/
deutscheskinderschmerzzentrum

WWW.DEUTSCHES-KINDERSCHMERZZENTRUM.DE



Deutsches
Kinderschmerzzentrum

Vestische Kinder- und
Jugendklinik Datteln
UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE

universität
Witten/Herdecke

TRÄGER:
VESTISCHE CARITAS-KLINIKEN GMBH