VERLAUF 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 Verlauf, 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 zu erfahren, wie es Ihrem Kind seit unserem letzten Treffen ergangen ist.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an uns.

Ihr Schmerzteam

ALLGEMEINE DATEN ZUM KIND UND SEINER FAMILIE

INFORMATIONEN ÜBER DIE ELTERN

1. HEUTIGES DATUM:

2. DER BOGEN WIRD AUSGEFÜLLT VON:

◯ Mutter ◯ Vater ◯ andere:

DATEN DES KINDES

3. NAME:

4. ALTER: 5. GEBURTSDATUM:

DIE SCHMERZTHERAPIE IHRES KINDES

6. HAT SICH DIE SCHMERZSITUATION IHRES KINDES IM VERGLEICH ZU UNSEREM LETZTEN TREFFEN AUS IHRER SICHT VERÄNDERT?

a) Mein Kind hatte ...

- ○ im letzten Monat Schmerzen
- ○ seit mehr als einem Monat keine Schmerzen mehr

Seit wann genau hat Ihr Kind keine Schmerzen mehr?

Wenn ihr Kind **keine Schmerzen** mehr hatte, ist nur noch ein Teil der nachfolgenden Fragen auszufüllen.

- ○ Seit 1 – 2 Monaten — Bitte beantworten Sie die Fragen 7 bis einschließlich 13.
- ○ Seit 2 – 3 Monaten — Bitte beantworten Sie die Fragen 7 bis einschließlich 13.
- ○ Länger als 3 Monate — Bitte beantworten Sie die Frage 7.

Wenn Ihr Kind noch Schmerzen hat, beantworten Sie bitte alle weiteren Fragen.

b) Im Vergleich zu unserem letzten Treffen hat mein Kind ...

- ○ viel seltener Schmerzen
- ○ etwas seltener Schmerzen
- ○ Schmerzen gleich häufig wie bei unserem letzten Treffen
- ○ etwas häufiger Schmerzen
- ○ viel häufiger Schmerzen

c) Im Vergleich zu unserem letzten Treffen hat mein Kind ...

- ○ viel schwächere Schmerzen
- ○ etwas schwächere Schmerzen
- ○ Schmerzen gleich stark wie bei unserem letzten Treffen
- ○ etwas stärkere Schmerzen
- ○ viel stärkere Schmerzen

7. WIE ZUFRIEDEN SIND SIE MIT DER SCHMERZTHERAPIE, DIE IHR KIND ERHÄLT? BERÜCKSICHTIGEN SIE DABEI BITTE NEBEN DER SCHMERZLINDERUNG AUCH WEITERE SYMPTOME, MÖGLICHE NEBENWIRKUNGEN, WIE IHR KIND SICH KÖRPERLICH UND EMOTIONAL FÜHLT UND WIE SEIN LEBEN IN DER FAMILIE UND SCHULE FUNKTIONIERT.

Mit den Zahlen können Sie angeben, wie zufrieden Sie mit der Schmerztherapie Ihres Kindes sind: **0** bedeutet, dass Sie sehr unzufrieden sind. **10** bedeutet, dass Sie sehr zufrieden mit der Schmerztherapie Ihres Kindes sind.

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
sehr unzufrieden										sehr zufrieden

BITTE BESCHREIBEN SIE UNS IHRE GRÜNDE FÜR DIESE EINSCHÄTZUNG IHRER ZUFRIEDENHEIT:

.....

.....

.....

.....

.....

SCHMERZSITUATION IN DEN LETZTEN 3 MONATEN

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

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

9. HAT IHR KIND IN DEN **LETZTEN 3 MONATEN** MEDIKAMENTE GEGEN DIE SCHMERZEN 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?**	**AN WIE VIELEN TAGEN PRO MONAT?**	**WIE WIRKSAM?** 1 = nicht wirksam 2 = wenig wirksam 3 = gut wirksam
Beispiel: Ibuprofen	*300 mg als Saft*	*1x*	*3 Tage pro Monat*	*3*

10. HAT IHR KIND IN DEN **LETZTEN 3 MONATEN** WEITERE 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**	**WIE WIRKSAM?** 1 = nicht wirksam 2 = wenig wirksam 3 = gut wirksam
Beispiel: Oktober-Dezember 2008	*Entspannungsverfahren erlernt*	3

11. HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND IN DEN **LETZTEN 3 MONATEN** VON DINGEN ABGEHALTEN, DIE ES TUN WOLLTE (ZUM BEISPIEL IN DEN URLAUB FAHREN ODER REITEN)?

◯ Ja ◯ Nein

Falls ja, bitte erläutern Sie:

.....

.....

.....

12. 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

13. 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

Wenn Ihr Kind **keine Schmerzen** mehr hat, müssen Sie die folgenden Fragen nicht mehr beantworten.

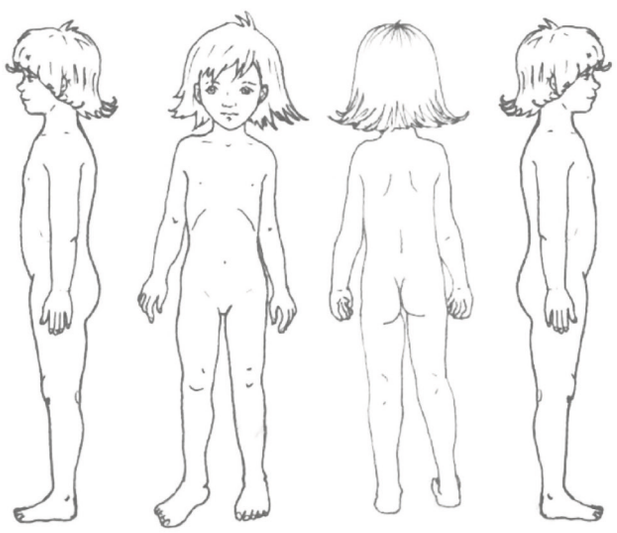
DIE SCHMERZCHARAKTERISTIK IHRES KINDES

AKTUELLE SCHMERZSITUATION

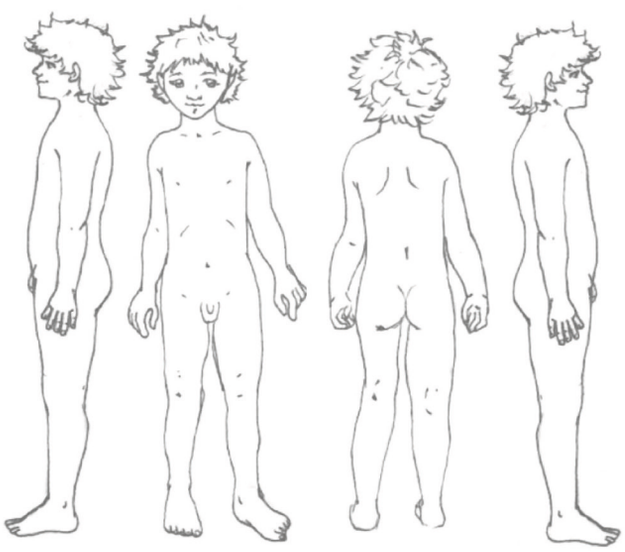
14. BITTE KREUZEN („X") SIE DIE STELLEN AN, AN DENEN IHR KIND SCHMERZEN HAT.

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

MÄDCHEN



JUNGEN



16. 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

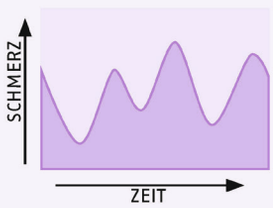
◯ einmal pro Woche ◯ mehrmals pro Woche

◯ einmal täglich ◯ mehrmals täglich ◯ dauernd

17. 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.

18. 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 DREI FRAGEN AN DIE **LETZTEN 4 WOCHEN**.

19. 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

20. WENN IHR KIND SEINE HAUPTSCHMERZEN 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 Schmerzen

21. HATTE IHR KIND IN DEN **LETZTEN 4 WOCHEN DAUERND** SCHMERZEN (DAS HEISST, DIE SCHMERZEN WAREN **IMMER DA** UND **NIE WEG**)?

◯ Ja, die Schmerzen meines Kindes waren immer da und nie weg

◯ Nein, die Schmerzen waren manchmal da und manchmal weg

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

22. 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

23. WENN IHR KIND SEINE HAUPTSCHMERZEN HATTE, WIE STARK, DENKEN SIE, WAREN DIESE SCHMERZEN DANN **MEISTENS** 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

24. HATTE IHR KIND IN DEN **LETZTEN 7 TAGEN DAUERND** SCHMERZEN (DAS HEISST, DIE SCHMERZEN WAREN **IMMER DA** UND **NIE WEG**)?

◯ Ja, die Schmerzen meines Kindes waren immer da und nie weg

◯ Nein, die Schmerzen waren manchmal da und manchmal weg

25. 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	○	○	○	○

UMGANG MIT DEM SCHMERZ

26. WAS MACHT IHR KIND, WENN ES SCHMERZEN HAT?

.....

.....

.....

27. WAS MACHEN SIE, WENN IHR KIND SCHMERZEN HAT?

.....

.....

.....

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	○	○	○	○	○

29. 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

30. 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

31. 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

GIBT ES NOCH ETWAS ANDERES, WAS SIE UNS ÜBER IHR KIND ODER ÜBER SEINE SCHMERZEN MITTEILEN MÖCHTEN ODER WAS IHNEN WICHTIG ERSCHEINT?

VIELEN DANK!

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

caritas TRÄGER:
VESTISCHE CARITAS-KLINIKEN GMBH