ERSTKONTAKT Name Termin



DEUTSCHER SCHMERZFRAGEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

BOGEN FÜR JUGENDLICHE

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 Jugendliche 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

Hallo,

dieser Fragebogen soll uns helfen, einen ausführlichen Überblick über Deine Schmerzen zu gewinnen.

Alle Informationen, die wir aus diesem Fragebogen und durch Gespräche mit Dir erhalten, bleiben strikt vertraulich. Manche Fragen werden Dir unwichtig vorkommen und scheinen mit Deinen Schmerzen nichts zu tun zu haben. Schmerzen sind jedoch ein so umfassendes Problem, dass auch scheinbar unwichtige Kleinigkeiten für uns Bedeutung haben.

Alles klar? Sonst frage uns einfach.

ALLGEMEINE DATEN ZU DIR UND DEINER FAMILIE

1. HEUTIGES DATUM:

2. DEIN NAME:

3. DEIN ALTER: 4. DEIN GEBURTSDATUM:

5. AUF WELCHE SCHULE GEHST DU (zum Beispiel: Realschule)?

6. IN WELCHE KLASSE?

7. IN WELCHEM LAND SIND DEINE ELTERN GEBOREN?

MUTTER

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

VATER

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

8. SEIT WANN LEBST DU IN DEUTSCHLAND?

◯ seit meiner Geburt ◯ seit ich ..... Jahre alt bin. ◯ weiß nicht

9. WELCHE SPRACHEN WERDEN BEI EUCH ZU HAUSE GESPROCHEN?

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

DIE MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

ALLGEMEINE MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

10. BITTE SCHREIBE HIER AUF, WELCHE **SCHWEREN UND LANG ANDAUERNDEN KRANKHEITEN ODER SCHMERZEN** ANDERE FAMILIENMITGLIEDER ODER FREUNDE HABEN ODER HATTEN.

WER?	WANN?	ART DER ERKRANKUNG ODER DES SCHMERZPROBLEMS?	AUSGANG DER ERKRANKUNG?
Beispiel: Bruder	*seit 2002*	*Rheuma, Gelenke*	*Hat er immer noch*

11. HAST DU **IN DEN LETZTEN 3 MONATEN** MEDIKAMENTE GEGEN SCHMERZEN EINGENOMMEN?

○ Ja ○ Nein

Falls ja, bitte trage 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*	*nach Bedarf*	*3 Tage pro Monat*	*3*

INFORMATIONEN ÜBER DEINEN SCHMERZ

DEINE SCHMERZGESCHICHTE – WIE HAT ES ANGEFANGEN?

12. WANN HAT DEIN **AKTUELLES SCHMERZPROBLEM** BEGONNEN?

.....

.....

13. HABEN DIE SCHMERZEN IN IHRER STÄRKE GESCHWANKT?

○ Ja ○ Nein

Falls ja, wie haben die Schmerzen in ihrer Stärke geschwankt (zum Beispiel: sind stärker geworden, sind schwächer geworden, sind gleich geblieben, wechseln ständig, verschwinden manchmal ganz)?

.....

.....

14. ALS DIE SCHMERZEN BEGANNEN, IST IN DIESER ZEIT ETWAS BESONDERES IN DEINEM LEBEN PASSIERT?

○ Ja ○ Nein

Falls ja, was ist Besonderes passiert (zum Beispiel: mein bester Freund ist weggezogen; ich bin auf eine neue Schule gekommen; ich war krank; wir sind umgezogen; meine Eltern haben sich getrennt; ich habe die Vereinsmeisterschaft im Schwimmen gewonnen; ...)?

.....

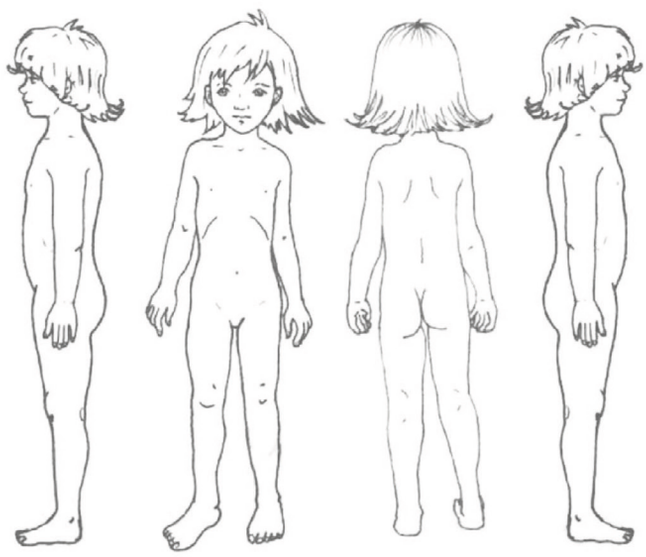
.....

DEINE SCHMERZEN – JETZT

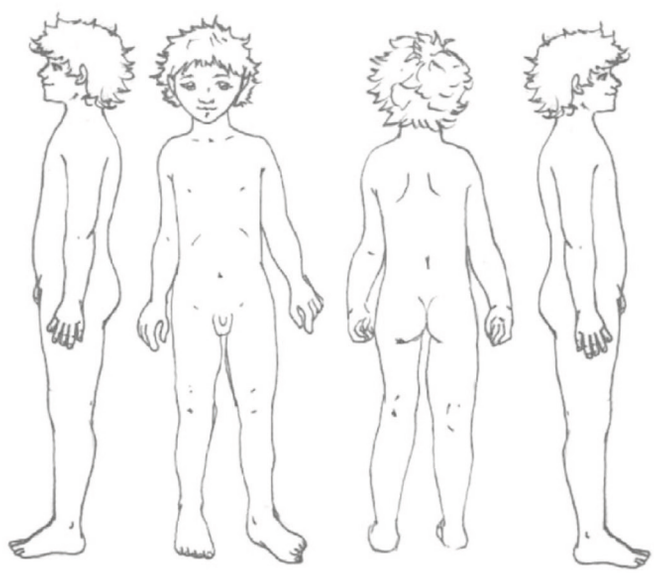
15. BITTE KREUZE („X") DIE STELLEN AN, AN DENEN DU SCHMERZEN HAST.

16. BITTE ZEICHNE ZUSÄTZLICH EINEN KREIS (◯) AN DIE STELLE, AN DER DEINE **HAUPTSCHMERZEN** SIND.

MÄDCHEN



JUNGEN



17. WAS IST DIE SCHLIMMSTE ZEIT DES TAGES?

18. WAS IST DIE BESTE ZEIT DES TAGES?

19. AN WELCHEM WOCHENTAG HAST DU DIE MEISTEN SCHMERZEN?

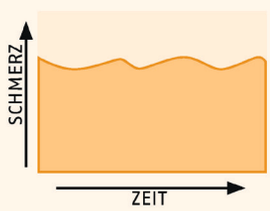
20. IN WELCHER JAHRESZEIT ODER WELCHEM MONAT HAST DU DIE MEISTEN SCHMERZEN?

21. WIE HÄUFIG HAST DU DEINE **HAUPTSCHMERZEN** (DIE MIT DEM KREIS ◯)?

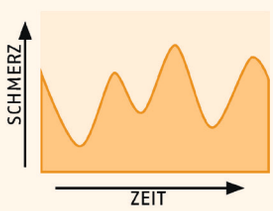
- ◯ einmal pro Jahr
- ◯ einmal pro Monat
- ◯ einmal pro Woche
- ◯ einmal täglich
- ◯ dauernd
- ◯ mehrmals pro Jahr
- ◯ mehrmals pro Monat
- ◯ mehrmals pro Woche
- ◯ mehrmals täglich

22. WELCHES BILD PASST AM BESTEN ZU DEINEN HAUPTSCHMERZEN IN DEN **LETZTEN 7 TAGEN?**

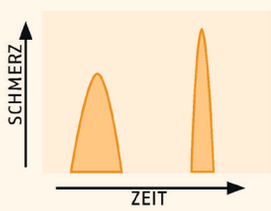
Bitte lies Dir alle Beschreibungen genau durch und kreuze dann an, was auf Deine Schmerzen am besten zutrifft.



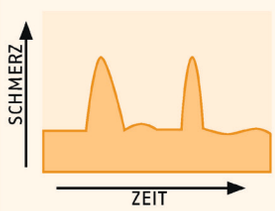
◯ Meine Schmerzen sind dauernd da und nie weg. Die Stärke der Schmerzen ist immer ziemlich gleich und schwankt nur wenig.



◯ Meine Schmerzen sind dauernd da und nie weg. Die Stärke meiner Schmerzen ist sehr unterschiedlich und schwankt sehr stark.



◯ Meine Schmerzen sind manchmal da und manchmal weg. Zwischendurch habe ich auch Zeiten, in denen ich keine Schmerzen habe.



◯ Meine Schmerzen sind dauernd da und nie weg. Zwischendurch habe ich sehr starke Schmerzen, die wie zusätzliche Attacken auftreten.

23. HAST DU **DAUERND** SCHMERZEN (DAS HEISST, DEINE SCHMERZEN SIND **IMMER DA** UND **NIE WEG**)?

- ◯ Nein, meine Schmerzen sind manchmal da und manchmal weg
- ◯ Ja, meine Schmerzen sind immer da und nie weg

WENN JA, SEIT WANN HAST DU **DAUERND** SCHMERZEN?

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

24. WIE LANGE DAUERN DEINE HAUPTSCHMERZEN **MEISTENS** AN?

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

Im Folgenden möchten wir gerne ein bisschen mehr über Deine **Hauptschmerzen** erfahren, d.h. die Schmerzen die Du in der Körperabbildung mit einem Kreis markiert hast.

Mit den Zahlen kannst Du angeben, wie stark Deine Schmerzen sind. **0** bedeutet, dass Du keine Schmerzen hast. Bei **1** beginnt ein leichter Schmerz und der wird bei den folgenden Zahlen immer stärker bis hin zur **10**. **10** bedeutet, dass Du die stärksten Schmerzen hast.

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

25. WIE STARK WAREN DEINE **STÄRKSTEN** SCHMERZEN **IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN**?

BITTE MACHE EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE AM BESTEN PASST! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!

0 ····· 1 ····· 2 ····· 3 ····· 4 ····· 5 ····· 6 ····· 7 ····· 8 ····· 9 ····· 10

Keine Schmerzen — Stärkste Schmerzen

26. WIE STARK WAREN DEINE SCHMERZEN **MEISTENS**, WENN DU **IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN** SCHMERZEN HATTEST?

BITTE MACHE EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE AM BESTEN PASST! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!

0 ····· 1 ····· 2 ····· 3 ····· 4 ····· 5 ····· 6 ····· 7 ····· 8 ····· 9 ····· 10

Keine Schmerzen — Stärkste Schmerzen

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

27. WIE STARK WAREN DEINE **STÄRKSTEN** SCHMERZEN **IN DEN LETZTEN 7 TAGEN**?

BITTE MACHE EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE AM BESTEN PASST! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 10

Keine Schmerzen — Stärkste Schmerzen

28. WIE STARK WAREN DEINE SCHMERZEN **MEISTENS**, WENN DU **IN DEN LETZTEN 7 TAGEN** SCHMERZEN HATTEST?

BITTE MACHE EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE AM BESTEN PASST! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 10

Keine Schmerzen — Stärkste Schmerzen

29. WENN DU SCHMERZEN HAST, HAST DU DANN NOCH ANDERE KÖRPERLICHE BESCHWERDEN?

○ Ja ○ Nein

WENN ICH SCHMERZEN HABE,

- ○ ist mir übel
- ○ stört mich helles Licht
- ○ stören mich laute Geräusche
- ○ wird die Haut ganz rot oder weiß
- ○ bin ich ganz müde oder fertig
- ○ hab ich ein komisches Gefühl in den Händen
- ○ kann ich mich schlecht konzentrieren
- ○ muss ich mich übergeben / erbrechen
- ○ flimmert es mir vor den Augen
- ○ ist mir schwindelig
- ○ wird die Stelle, wo es weh tut, dick
- ○ muss ich oft zur Toilette
- ○ fühle ich mich komisch
- ○ riechen oder schmecken die Dinge anders als sonst

Oder was noch?

.....

.....

.....

.....

.....

30. BEMERKST DU SCHON, BEVOR DIE SCHMERZEN DA SIND, DASS DU BALD WELCHE BEKOMMEN WIRST?

○ Ja ○ Nein

Falls ja, woran merkst Du, dass die Schmerzen bald anfangen werden (zum Beispiel: Ich bin müde; mir gehen bestimmte Gedanken durch den Kopf; meine Laune ist schlecht; ich fühle mich schlapp; ich kann mich nicht konzentrieren; ...)?

.....

.....

.....

.....

31. MIT DER FOLGENDEN LISTE VON EIGENSCHAFTSWÖRTERN KANNST DU GENAUER BESCHREIBEN, **WIE DU DEINE SCHMERZEN EMPFINDEST**. BITTE LASS KEINE DER BESCHREIBUNGEN AUS UND MACH **IN JEDER ZEILE EIN KREUZ**, INWIEWEIT DIE AUSSAGE FÜR DICH ZUTRIFFT.

ICH EMPFINDE MEINE SCHMERZEN ALS...				
	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	○	○	○	○

FAKTOREN, DIE DEN SCHMERZ BEEINFLUSSEN

32. WAS LINDERT DEINE SCHMERZEN? WAS MACHT SIE SCHLIMMER?

SITUATION	LINDERT	KEIN EINFLUSS	VERSCHLIMMERT
Körperliche Bewegung (z.B. Rennen, Fahrrad fahren, Sport ...)	○	○	○
Belastungen (z.B. Klassenarbeit, Streit ...)	○	○	○
Ungünstige Körperhaltung (z.B. krummes Sitzen, langes Stehen ...)	○	○	○
Häufiges Aufstehen, Hinsetzen, Herumgehen	○	○	○
Sich Ausruhen, Liegen, Ruhighalten	○	○	○
		STIMMT	STIMMT NICHT
Meine Schmerzen können durch nichts verändert werden:		○	○

33. WERDEN DEINE SCHMERZEN SCHLIMMER, WENN DU ...

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

34. GIBT ES BESTIMMTE DINGE ODER EREIGNISSE, DIE DEINE SCHMERZEN **AUSLÖSEN**?

○ Ja ○ Nein

Falls ja, was löst Deine Schmerzen aus (zum Beispiel: zu wenig geschlafen, Aufregung vor einer Klassenarbeit, Hitze, Kälte, körperliche Anstrengung beim Sport, Wetterwechsel, Licht, Lärm, Ärger, Streit, lange am Computer spielen oder arbeiten, Fernsehen, Hektik, Schulprobleme, Wochenende oder Ferienbeginn, ...)?

.....

.....

.....

.....

UMGANG MIT DEM SCHMERZ

35. WAS TUST DU, WENN DU SCHMERZEN HAST?

36. WAS TUN DEINE ELTERN, WENN DU SCHMERZEN HAST?

DEINE ERWARTUNGEN

37. WAS WÜRDE SICH ÄNDERN, WENN DU PLÖTZLICH KEINE SCHMERZEN MEHR HÄTTEST?

FRAGEN ZU EINSCHRÄNKUNGEN IM ALLTAG

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

HATTEST DU IN DEN **LETZTEN VIER WOCHEN** KÖRPERLICHE PROBLEME ODER SCHWIERIGKEITEN BEIM AUSÜBEN FOLGENDER AKTIVITÄTEN?

Wie viel Schwierigkeiten hattest Du dabei…	**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	○	○	○	○	○
Im Schulsport mitmachen (oder in der Freizeit Sport machen)	○	○	○	○	○
Lesen oder Hausaufgaben machen	○	○	○	○	○
Fernsehen	○	○	○	○	○
Die Strecke so lang wie ein Fußballfeld gehen	○	○	○	○	○
Die Strecke so lang wie ein Fußballfeld rennen	○	○	○	○	○
Einkaufen gehen	○	○	○	○	○
Abends ein- und durchschlafen	○	○	○	○	○

40. HABEN DICH DIE SCHMERZEN **IN DEN LETZTEN 3 MONATEN** VOM SCHULBESUCH ABGEHALTEN?

◯ Nein ◯ Ja, nämlich an ..... Tagen ging ich gar nicht in die Schule.

41. HABEN DIE SCHMERZEN **IN DEN LETZTEN 3 MONATEN** DAZU GEFÜHRT, DASS DU VORZEITIG DEN UNTERRICHT VERLASSEN MUSSTEST ODER SPÄTER ZUM UNTERRICHT KAMST?

◯ Nein ◯ Ja, nämlich an ..... Tagen verließ ich vorzeitig den Unterricht/konnte ich erst später gehen.

42. HABEN DICH DIE SCHMERZEN 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.

43. HABEN DICH DIE SCHMERZEN 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.

44. HABEN DICH DIE SCHMERZEN 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 ANDERE DINGE, DIE DU UNS ÜBER DICH ODER DEINE SCHMERZEN MITTEILEN MÖCHTEST ODER DIE **DIR WICHTIG** ERSCHEINEN? HIER KANNST DU SIE AUFSCHREIBEN:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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