# 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 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

Hallo,

dieser Fragebogen soll uns helfen zu erfahren, wie es Dir seit unserem letzten Treffen ergangen ist.

Alles klar? Sonst frage uns einfach.

1. HEUTIGES DATUM:

2. DEIN NAME:

## DEINE SCHMERZTHERAPIE

3. HAT SICH DEINE SCHMERZSITUATION IM VERGLEICH ZU UNSEREM LETZTEN TREFFEN VERÄNDERT? BITTE LIES DIR ALLE BESCHREIBUNGEN DURCH UND KREUZE DANACH AN, WAS AUF DEINE SCHMERZEN ZUTRIFFT!

a) Ich hatte ...

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

Seit wann genau hast Du keine Schmerzen mehr?

Wenn du **keine Schmerzen** mehr hast, ist nur noch ein Teil der nachfolgenden Fragen auszufüllen.

- ○ Seit 1 – 2 Monaten — Bitte beantworte noch die Fragen 4 bis einschließlich 8.
- ○ Seit 2 – 3 Monaten — Bitte beantworte noch die Fragen 4 bis einschließlich 8.
- ○ Länger als 3 Monate — Bitte beantworte noch die Frage 4.

**Wenn Du noch Schmerzen hast, beantworte bitte alle weiteren Fragen.**

b) Im Vergleich zu unserem letzten Treffen habe ich ...

- ○ 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 habe ich ...

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

4. WIE ZUFRIEDEN BIST DU MIT DEINER SCHMERZTHERAPIE? BERÜCKSICHTIGE DABEI BITTE NEBEN DER SCHMERZLINDERUNG AUCH WEITERE SYMPTOME, MÖGLICHE NEBENWIRKUNGEN, WIE DU DICH KÖRPERLICH UND EMOTIONAL FÜHLST UND WIE DEIN LEBEN IN DER FAMILIE UND SCHULE FUNKTIONIERT.

Mit den Zahlen kannst Du angeben, wie zufrieden Du mit Deiner Schmerztherapie bist. **0** bedeutet, dass Du sehr unzufrieden bist. **10** bedeutet, dass Du sehr zufrieden bist mit Deiner Schmerztherapie.

BITTE MACH EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE STIMMT! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!

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

sehr unzufrieden — sehr zufrieden

BITTE BESCHREIBE UNS DEINE GRÜNDE FÜR DIESE EINSCHÄTZUNG DEINER ZUFRIEDENHEIT:

.....

.....

.....

## DEINE SCHMERZEN – IN DEN LETZTEN 3 MONATEN

5. 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* |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

6. HABEN DICH DEINE SCHMERZEN WÄHREND DER **LETZTEN 3 MONATE** VON DINGEN ABGEHALTEN, DIE DU TUN WOLLTEST (ZUM BEISPIEL IN DEN URLAUB FAHREN ODER REITEN)?

◯ Ja ◯ Nein

Falls ja, was war das?

.....

.....

.....

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

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

8. 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

Wenn Du **keine Schmerzen** mehr hast, musst Du die folgenden Fragen nicht mehr beantworten.

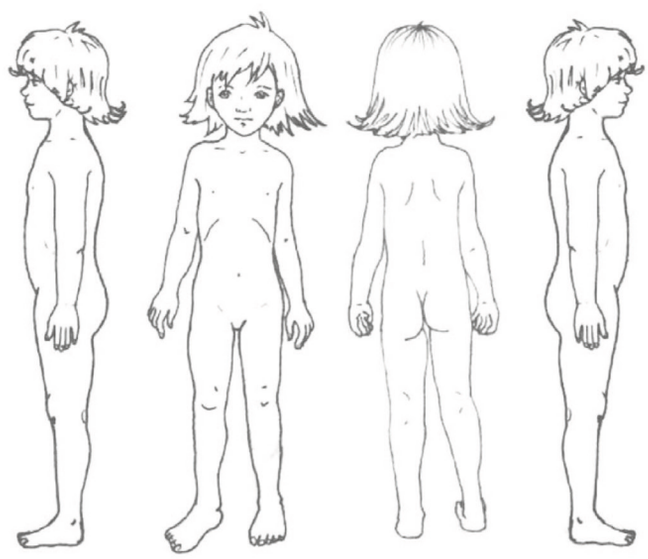
# INFORMATIONEN ÜBER DEINEN SCHMERZ

## DEINE SCHMERZEN – JETZT

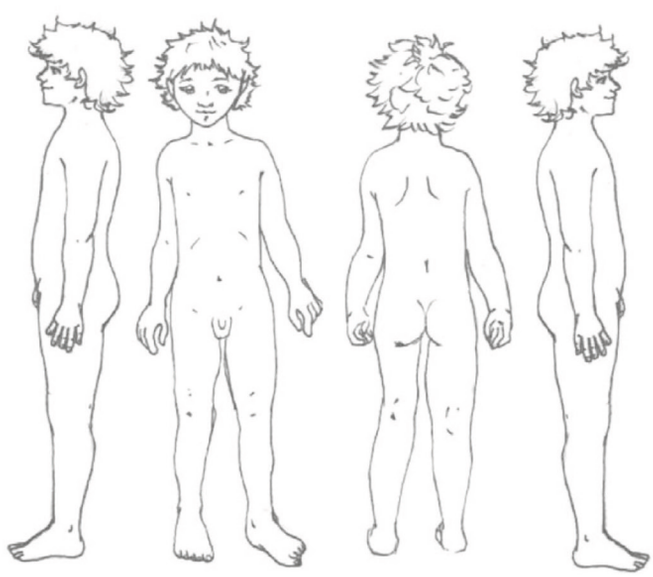
9. BITTE KREUZE („X") DIE STELLEN AN, AN DENEN DU SCHMERZEN HAST.

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

MÄDCHEN



JUNGEN

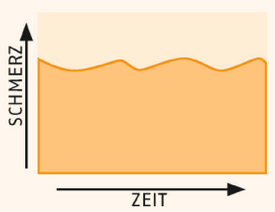


## 11. WIE HÄUFIG HAST DU DEINE **HAUPTSCHMERZEN** (DIE MIT DEM KREIS ◯)?

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

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

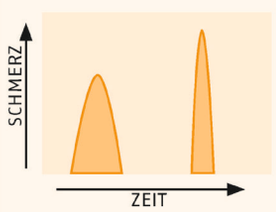
Bitte lies Dir alle Beschreibungen genau durch und kreuze dann an, was auf Deine Schmerzen am besten zutrifft.



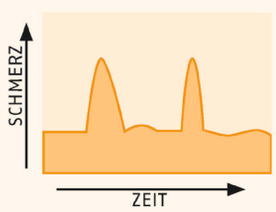

◯ Meine Schmerzen sind dauernd da und nie weg. Die Stärke der Schmerzen ist immer ziemlich gleich und schwankt nur wenig.




◯ 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.

## 13. 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 DREI FRAGEN AN DIE **LETZTEN 4 WOCHEN**.

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

BITTE MACH EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE STIMMT! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!

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

Keine Schmerzen — Stärkste Schmerzen

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

BITTE MACH EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE STIMMT! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!

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

Keine Schmerzen — Stärkste Schmerzen

16. HATTEST DU IN DEN **LETZTEN 4 WOCHEN DAUERND** SCHMERZEN (DAS HEISST, DEINE SCHMERZEN WAREN **IMMER DA** UND **NIE WEG**)?

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

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

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

BITTE MACH EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE STIMMT! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!

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

Keine Schmerzen — Stärkste Schmerzen

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

BITTE MACH EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE STIMMT! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!

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

Keine Schmerzen — Stärkste Schmerzen

19. HATTEST DU IN DEN **LETZTEN 7 TAGEN DAUERND** SCHMERZEN (DAS HEISST, DEINE SCHMERZEN WAREN **IMMER DA** UND **NIE WEG**)?

◯ Ja, meine Schmerzen waren immer da und nie weg

◯ Nein, meine Schmerzen waren manchmal da und manchmal weg

20. WAS TUST DU, WENN DU SCHMERZEN HAST? WIE GUT HILFT DIR DAS?

.....

.....

.....

.....

21. GIBT ES AUCH IRGENDETWAS, WODURCH DEINE SCHMERZEN SCHLIMMER WERDEN?

◯ Ja ◯ Nein

Falls ja, wodurch werden Deine Schmerzen schlimmer?

.....

.....

.....

.....

.....

22. 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 | ○ | ○ | ○ | ○ |

# 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 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

24. 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

25. 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

26. 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