

Allgemeine Fragen zur Person

1. Alter: (Jahre)
2. Geschlecht: männlich weiblich
3. **Lebenssituation:**
 - ich lebe mit Ehepartner/Partner
 - ich lebe bei Eltern/Schwiegereltern
 - ich lebe allein
4. Welche **Schulbildung** haben Sie
 - keinen Abschluss
 - Hauptschulabschluss
 - Mittlere Reife
 - Abitur
 - Hochschule / Fachhochschule
5. Wie ist Ihre **aktuelle berufliche Situation**?
 - Schüler/in, Student/in, Auszubildende/r
 - Berufstätig
 - Krankgeschrieben
 - Ich plane oder habe einen Rentenantrag gestellt
 - Rentner
 - Hausfrau / Hausmann
6. Seit wie vielen Jahren leiden Sie unter **chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen** (Rücken und Arme und Beine)?

Jahre
7. Vor wie vielen Jahren wurde bei Ihnen ein **Fibromyalgiesyndrom** diagnostiziert?

Jahre
8. Wie hat sich ihr Gesundheitszustand seit der Diagnose Fibromyalgiesyndrom entwickelt?

Verschlechterung:	ausgeprägt	mäßig	gering
Keine Änderung			
Verbesserung:	ausgeprägt	mäßig	gering
9. Sind Sie Mitglied einer Fibromyalgieselbsthilfeorganisation (z. B. Deutsche Fibromyalgie Vereinigung, Deutsche Rheuma-Liga, FMS-Selbsthilfegruppe?)

Ja	Nein
----	------

10. Wurde Ihnen ein **Grad der Behinderung** wegen der Fibromyalgie zuerkannt?

Nein

Ja ,

(Bitte geben Sie Einzel-GdB an, z. B. 20)

11. Sind bei Ihnen **weitere schmerzhaft**e Erkrankungen bekannt, die medizinisch behandelt werden?

Arthrose (Verschleiß, z. B. Knie, Hüfte, Schulter)

Ja

Nein

Entzündliche rheumatische Erkrankungen

(z. B. rheumatoide Arthritis, systemischer Lupus erythematodes, Sjögren – Syndrom, M. Bechterew)

Ja

Nein

Andere chronische schmerzhaft

e Erkrankungen

Ja

Nein

Falls ja, bitte hier aufschreiben:

Wie zufrieden sind Sie mit der aktuellen Behandlung Ihres Fibromyalgiesyndroms?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

überhaupt nicht
zufrieden

sehr zufrieden

Im Folgenden werden zu Ihren Erfahrungen mit verschiedenen Behandlungen des Fibromyalgiesyndroms gefragt. Wenn Sie mit dem Therapieverfahren bisher nicht behandelt wurden, machen Sie bitte ein Kreuz in dem Feld „Bisher keine Behandlung“. Wenn Sie mit einem Therapieverfahren behandelt wurden und/oder zur Zeit behandelt werden, machen Sie bitte ein Kreuz in die jeweilige Spalte. Bitte beurteilen Sie die Nützlichkeit und den Schaden (z. B. Nebenwirkungen), welchen Sie durch die jeweilige Behandlung erfahren haben bzw. aktuell erfahren, auf einer von 0-10 reichenden Skala. Sie können den Nutzen und den Schaden durch jede Zahl zwischen 0 und 10 angeben. 0 bedeutet keinen, 1 einen sehr geringen, 3 einen geringen, 5 einen mäßigen, 7 einen hohen und 10 einen sehr hohen Nutzen bzw. Schaden. Bitte tragen Sie für jedes Therapieverfahren, mit dem Sie behandelt wurden bzw. behandelt werden, in der jeweiligen Zeile eine Zahl von 0-10 bei Nutzen und Schaden ein.

Bitte bewerten bei jedem Therapieverfahren, das sie angewendet haben, sowohl den Nutzen als auch den Schaden.

Eigenständige Aktivitäten

Therapieverfahren	Bisher keine Behandlung	Frühere Behandlung	Aktuelle Behandlung	Nutzen (0-10)	Schaden (0-10)
Funktionstraining für Fibromyalgiepatienten					
Andere Formen Rehasport (z. B. Rückentraining)					
Aqua-Jogging					
Walking					
Schwimmen					
Radfahren					
Spazieren gehen					
Hinlegen und ausruhen					
Ablenkung (z. B. lesen, Fernsehen)					
Yoga					
Entspannungsübungen					
Muskeldehnung					
Muskelkräftigung					
Wärmetherapie (z. B. Infrarotkabine, Biosauna, warme Wannensäuberungen)					
Thermalbäder					
Lokale Wärmetherapie (z. B. mit Rotlicht, Wärmflasche)					
Lokale Kältetherapie (z. B. Kältepackungen)					
..... (Bitte ergänzen)					
..... (Bitte ergänzen)					
..... (Bitte ergänzen)					

Physikalische Therapie und Krankengymnastik

Therapieverfahren	Bisher keine Behandlung	Frühere Behandlung	Aktuelle Behandlung	Nutzen (0-10)	Schaden (0-10)
Krankengymnastik					
Ergotherapie					
Chirotherapie					
Osteopathie					
Massage					
Lymphdrainage					
Magnetfeldtherapie					
Lasertherapie					
Bäder (Moor, Sole, Schwefel, Stan- gerbad)					
Kältekammer					
TENS					
Injektionen (z. B. „Quaddeln“, Trig- ger Punkt Injektionen)					
..... (Bitte ergänzen)					
..... (Bitte ergänzen)					
..... (Bitte ergänzen)					

Psychologische Verfahren

Therapieverfahren	Bisher keine Behandlung	Frühere Behandlung	Aktuelle Behandlung	Nutzen (0-10)	Schaden (0-10)
Fibromalgie-Patientenschulungsprogramm					
Autogenes Training					
Progressive Muskelentspannung					
Hypnose					
Biofeedback					
Verhaltenstherapie					
Tiefenpsychologische Therapie					
Gesprächstherapie					
Paar- und Familientherapie					
Meditation					
Körpertherapie (z.B. konzentrierte Bewegungstherapie, Feldenkrais- therapie, Body Awareness Therapie)					
Andere Formen von Psychotherapie (z. B. Gestalttherapie, Psychodrama)					
..... (Bitte ergänzen)					
..... (Bitte ergänzen)					

Multimodale Therapien

(= gleichzeitige Kombination von verschiedenen Verfahren wie psychologische Verfahren plus medizinische Trainingstherapie plus evtl. physikalische Therapien wie Bäder; multimodale Therapien werden meist stationär oder tagesklinisch angeboten)

Therapie verfahren	Bisher keine Behandlung	Frühere Behandlung	Aktuelle Behandlung	Nutzen (0-10)	Schaden (0-10)
Schmerztagesklinik					
Psychosomatische Tagesklinik					
Rehabilitationsmaßnahme in Klinik für Orthopädie oder Rheumatologie					
Rehabilitationsmaßnahme in Klinik für Psychosomatische Medizin					
Schmerzlinik (Akutkrankenhaus)					
Klinik für Psychosomatische Medizin (Akutkrankenhaus)					
Klinik für Integrative Medizin bzw. Naturheilverfahren (Akutkranken- haus)					
..... (Bitte ergänzen)					
..... Bitte ergänzen)					
..... (Bitte ergänzen)					

Medikamente (siehe auch komplementäre Verfahren)

Therapieverfahren	Bisher keine Behandlung	Frühere Behandlung	Aktuelle Behandlung	Nutzen (0-10)	Schaden (0-10)
Rheumamittel (z. B. Arcoxia, Celebrex, Ibuprofen, Voltaren.)					
Paracetamol (z. B. Benuron)					
Aspirin (z. B. ASS)					
Metamizol (z. B. Novalgin)					
Muskelentspannende Medikamente (z. B. Musaril, Tetraxepam)					
Katadolon (z. B. Flupirtin)					
Tramadol (z. B. Tramal)					
Kombination von Tramadol mit Paracetamol (z. B. Zaldiar)					
Tilidin (z. B. Valoron, Tilidin)					
Starke Opioide (z. B. Morphin, Oxycodone, Palladon, Targin, Durogesic)					
„Schmerzpflaster“ (z. B. Durogesic, Fentanyl, Buprenorphin, Norspan)					
Amitriptylin [z. B. Saroten, Amineurin] - Antidepressivum					
Duloxetin [z. B. Cymbalta] - Antidepressivum					
Andere Antidepressiva wie Fluoxetin [z. B. Fluctin], Sertralin [z. B. Zoloft], Trazodon					
Antiepileptika (z. B. Pregabalin [Lyrica], Gabapentin [Neurontin])					
Schlafmittel (z. B. Stilnox, Rohypnol)					
Neuroleptika (z. B. Dogmatil, Zyprexa, Risperdal)					
..... (Bitte ergänzen)					
..... (Bitte ergänzen)					

Komplementäre und alternative Verfahren

Therapieverfahren	Bisher keine Behandlung	Frühere Behandlung	Aktuelle Behandlung	Nutzen (0-10)	Schaden (0-10)
Akupunktur					
Neuraltherapie					
Homöopathie					
Tai-Chi					
Qi Gong					
Energetisches Heilen (z. B. Reiki)					
Nahrungsmittelergänzungsprodukte					
Vitaminpräparate					
Heilfasten					
Vegetarische Diät					
Eliminationsdiät					
Ernährungsumstellung					
Aromatherapie					
Fußzonenreflextherapie					
Atemtherapie					
Musiktherapie					
Tanztherapie					
Quadrantenoperation (nach Profes- sor Bauer)					
..... (Bitte ergänzen)					
..... (Bitte ergänzen)					
..... (Bitte ergänzen)					
..... (Bitte ergänzen)					

Beschwerdefragebogen

I. Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt die folgenden Beschwerden **in der letzten Woche** bei Ihnen waren, in dem Sie das entsprechende Kästchen ankreuzen.

- 0: Nicht vorhanden
- 1: Geringfügige oder mild ausgeprägt; im Allgemeinen gering und/oder gelegentlich auftretend
- 2: Mäßige oder deutlich ausgeprägt; oft vorhanden und/oder mäßige Intensität
- 3: Stark ausgeprägt: ständig vorhandene, lebensbeeinträchtigende Beschwerden

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Tagesmüdigkeit	0	1	2	3
Probleme beim Denken oder Gedächtnis	0	1	2	3
Morgenmüdigkeit müde (nicht erholsamer Schlaf)	0	1	2	3

II. Wurden Sie in den letzten 6 Monaten durch eines der folgenden Symptome geplagt?

Schmerzen oder Krämpfe im Unterbauch	Ja	Nein
Depression	Ja	Nein
Kopfschmerz	Ja	Nein
Juckreiz	Ja	Nein
Taubheit und/oder Kribbeln	Ja	Nein
Übelkeit	Ja	Nein
Schwindel	Ja	Nein

III. Bitte geben Sie an, ob Sie in den letzten 7 Tagen Schmerzen oder Berührungsempfindlichkeit in den unten aufgeführten Körperregionen hatten.

Bitte kreuzen Sie das jeweilige Kästchen an, wenn diese Körperregion schmerzhaft oder druckempfindlich ist. Bitte bewerten Sie die rechte und linke Seite getrennt.

Schulter, links Schulter, rechts	Oberschenkel, links Oberschenkel, rechts	Kreuz Oberer Rücken (Brustwirbelsäule) Nacken
Hüfte, links Hüfte, rechts	Unterschenkel, links Unterschenkel, rechts	
Oberarm, links. Oberarm, rechts	Kiefer, links Kiefer, rechts	In keiner der genannten Körperregionen Schmerzen
Unterarm, links Unterarm, rechts	Brustkorb Bauch	

IV. Waren die Beschwerden, die in den Fragen I-III aufgeführt sind, in der Regel in den letzten 3 Monaten vorhanden?

Ja Nein

Wie oft fühlten Sie sich **im Verlauf der letzten 2 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
01 Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten				
02 Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit				
03 Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung				
04 Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren				