

**Einwilligungserklärung**  
zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Name:

Vorname:

Geb.Datum:

**1. Übermittlung und Einholung von Patientendaten**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzt:innen oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie der **Schmerztherapie Weinheim, Dr. Schwabe/Dr. Henneberg; Bahnhofstr. 18, 69469 Weinheim** die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzt:innen oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzt:innen oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

(Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen)

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzt:innen oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- Um eine bestmögliche Terminvergabe zu gewährleisten, willige ich ein, dass ich an vereinbarte Termine per SMS oder E-Mail erinnert werden darf.**

**2. Berechtigung Dritter**

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des/der Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
	<input type="radio"/> Nur Rezepte/Verordnungen/Überweisungen <input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des/der Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
	<input type="radio"/> Nur Rezepte/Verordnungen/Überweisungen <input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten

**3. Widerruf**

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift Patient:in bzw. gesetzliche Vertreter:in

Herzlich willkommen in unserer Praxis 

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Dat. \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ alleine lebend

Kinder: \_\_\_\_\_ Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_ ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Zigaretten tgl. \_\_\_\_\_ Alkohol tgl. \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien (wenn ja, welche)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name und Adresse Ihres Hausarzt / Ihrer Hausärztin:

\_\_\_\_\_

Soll ein Arztbrief geschrieben werden?  ja  nein

An wen?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche? Bitte Dosierung mit mg-Angabe. Alternativ bringen Sie einen aktuellen Medikamentenplan mit.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Fragebogen für unsere Schmerzpatient:innen

Sicher haben Sie schon selbst erlebt, wie schwierig es ist, Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin eine genaue Beschreibung Ihrer Schmerzen zu geben. Ihre Ärztin ist jedoch darauf angewiesen zu erfahren, wie Ihre Schmerzen beschaffen sind und wie Sie auf die Schmerzbehandlung ansprechen.

Ihre Angaben in diesem Fragebogen dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gesprächs und der Basisuntersuchung. In Ihrem eigenen Interesse möchten wir Sie deshalb bitten, alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten.

Bei der Bearbeitung Ihrer Angaben berücksichtigen wir selbstverständlich die ärztliche Schweigepflicht und die aktuellen Datenschutzbestimmung.

©Hanne Seemann, Dipl. psych. Uni HD

**Bitte schätzen Sie Ihr derzeitiges allgemeines Wohlbefinden ein. Wie haben Sie sich in den letzten 14 Tagen meistens gefühlt. Kreuzen Sie an: 0 trifft gar nicht zu; 5 trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.**

**Trotz der Schmerzen würde ich sagen:**

1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff	0	1	2	3	4	5
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	0	1	2	3	4	5
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	0	1	2	3	4	5
4. Ich habe mein Leben genießen können.	0	1	2	3	4	5
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	0	1	2	3	4	5
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	0	1	2	3	4	5
7. Ich habe mich freuen können.	0	1	2	3	4	5

©; Herda, Scharfenstein u. Basler 1998

Wegen welcher Schmerzen kommen Sie zu uns in Behandlung?

\_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

- seit einigen Tagen                       seit einigen Wochen  
 seit einigen Monaten                       seit \_\_\_\_\_ Jahren

Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

- Medikamente                       Krankengymnastik  
 Operation                       manuelle Therapie  
 Injektionen                       Medikamentenentzug  
 Einspritzungen                       Entspannungsverfahren  
 Akupunktur                       Kuren  
 Psychotherapie                       TENS  
 andere Methoden \_\_\_\_\_

Von wem wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen untersucht und/oder behandelt?

- Hausarzt\*in                       Neurologe\*in                       HNO-Arzt\*in  
 Schmerzspezialist/klinik                       Psychiater\*in                       Hautarzt\*in  
 Internist\*in                       Psychologe\*in                       Urologe\*in  
 Orthopäde \*in                       Zahnarzt\*in                       Radiologe\*in  
 Augenarzt\*in                       Heilpraktiker\*in                       Onkologe\*in  
 Neurochirurg\*in                       Frauenarzt\*in                       Andere \_\_\_\_\_

Wieviel Ärzte haben Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen aufgesucht

\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

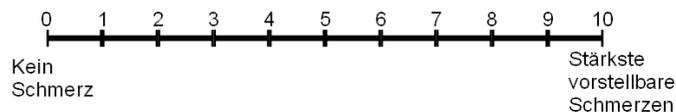
Bitte suchen Sie aus der folgenden Tabelle alle Wörter aus, die Ihren Schmerz beschreiben.

- |                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> reißend      | <input type="checkbox"/> am ganzen Kopf | <input type="checkbox"/> am ganzen Körper        |
| <input type="checkbox"/> glühend      | <input type="checkbox"/> peinigend      | <input type="checkbox"/> pochend                 |
| <input type="checkbox"/> beklemmenden | <input type="checkbox"/> prickelnd      | <input type="checkbox"/> elektrisierend          |
| <input type="checkbox"/> fressend     | <input type="checkbox"/> ätzend         | <input type="checkbox"/> entmutigend             |
| <input type="checkbox"/> allgemein    | <input type="checkbox"/> quälend        | <input type="checkbox"/> stoßend                 |
| <input type="checkbox"/> bestrafend   | <input type="checkbox"/> andauernd      | <input type="checkbox"/> irgendwie unklar        |
| <input type="checkbox"/> dumpf        | <input type="checkbox"/> hämmernd       | <input type="checkbox"/> furchterregend          |
| <input type="checkbox"/> anfallsartig | <input type="checkbox"/> drückend       | <input type="checkbox"/> beißend                 |
| <input type="checkbox"/> lähmend      | <input type="checkbox"/> überraschend   | <input type="checkbox"/> brennend                |
| <input type="checkbox"/> bohrend      | <input type="checkbox"/> stromstoßartig | <input type="checkbox"/> blitzartig durchzuckend |
| <input type="checkbox"/> klopfend     | <input type="checkbox"/> ängstigend     | <input type="checkbox"/> nervtötend              |
| <input type="checkbox"/> lästig       | <input type="checkbox"/> heiß           | <input type="checkbox"/> zäh                     |
| <input type="checkbox"/> ausstrahlend | <input type="checkbox"/> überfallartig  | <input type="checkbox"/> nadelstichartig         |
| <input type="checkbox"/> krampfartig  | <input type="checkbox"/> hartnäckig     | <input type="checkbox"/> hell                    |
| <input type="checkbox"/> zermürend    | <input type="checkbox"/> ärgerlich      | <input type="checkbox"/> .....                   |
| <input type="checkbox"/> bedrückend   | <input type="checkbox"/> stechend       | <input type="checkbox"/> .....                   |

Ich spüre den Schmerz:

- eher im Körperinneren      eher an der Körperoberfläche  
 beides      außerhalb des Körpers      \_\_\_\_\_

Wie intensiv waren ihre stärksten Schmerzen in den letzten Tagen? Bitte versuchen Sie, sich an eine besonders belastende Schmerzsituation zu erinnern. Machen Sie bitte **ein Kreuz an der Stelle der Skala**, die der Stärke Ihrer Schmerzen in dieser Situation entspricht:



Welche der folgenden Beschwerden haben Sie außer den Schmerzen noch?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kloßgefühl                                 | <input type="checkbox"/> Kreuz-/ Rückenschmerzen               |
| <input type="checkbox"/> Enge oder Würgen im Hals                   | <input type="checkbox"/> innere Unruhe                         |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden                         | <input type="checkbox"/> Schweregefühl/Müdigkeit in den Beinen |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit                              | <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen                  |
| <input type="checkbox"/> Schwächegefühl                             | <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit gegen             |
| <input type="checkbox"/> Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust | <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Kälte  |
| <input type="checkbox"/> Druck oder Völlegefühl im Leib             | <input type="checkbox"/> übermäßiges Schlafbedürfnis           |
| <input type="checkbox"/> Mattigkeit                                 | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit                       |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit                                   | <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl                       |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen/ saures Aufstoßen               | <input type="checkbox"/> Zittern                               |
| <input type="checkbox"/> Reizbarkeit                                | <input type="checkbox"/> Nacken- oder Schulterschmerzen        |
| <input type="checkbox"/> Grübelei                                   | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme                       |
| <input type="checkbox"/> starkes Schwitzen                          | <input type="checkbox"/> sonstiges.....                        |

© Beltz, 1976

Bitte zeichnen Sie nun im Körperschema auf der nächsten Seite (5) ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten.

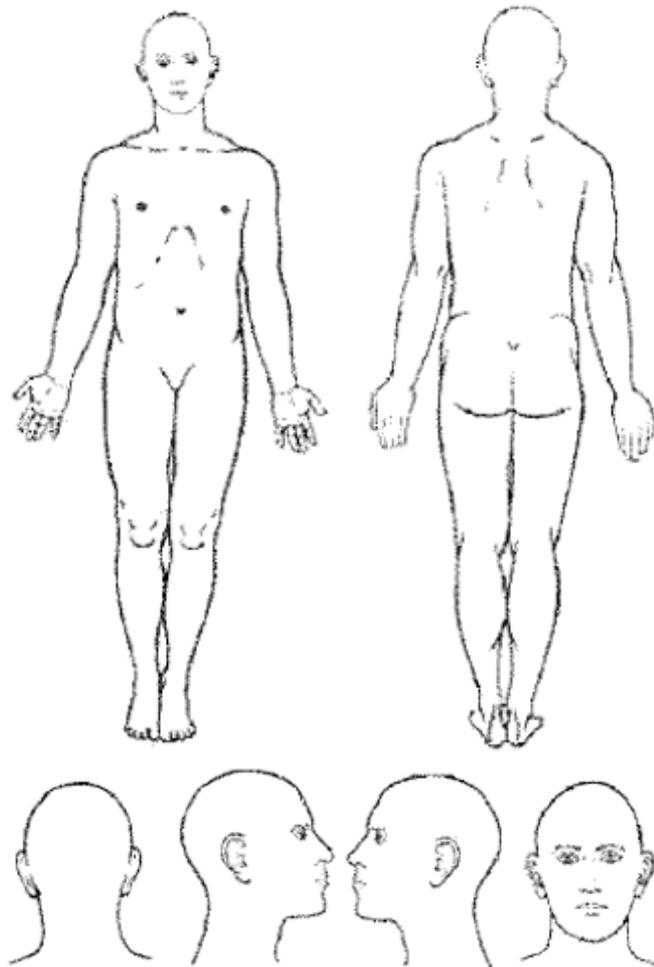
Machen Sie bitte ein Kreuz, wenn der Schmerz eher eingegrenzt oder punktförmig auftritt, wenn Sie also die Körperstelle ziemlich genau bezeichnen können.

Falls Ihre Schmerzen an diesem Punkt beginnen und in einen anderen Bereich ausstrahlen, so zeichnen Sie dies bitte mit einem Pfeil ein.

Wenn Ihre Schmerzen eher diffus sind, also nicht genau lokalisiert werden können oder über eine größere Fläche ausstrahlen, so schraffieren Sie bitte die Schmerzzone. Falls Sie mehrere schmerzende Körperstellen bezeichnet haben, so markieren Sie bitte den Schmerz, der für Sie am stärksten ist mit einer (1) als Hauptschmerz.

Bitte beschreiben Sie Ihren Schmerz mit eigenen Worten

Bitte zeichnen Sie hier Ihren Schmerz ein



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

© Deutscher Schmerzfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Was tun Sie, um den Schmerz günstig zu beeinflussen?  
(z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung etc.)  
Bitte machen Sie genaue Angaben.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was löst nach Ihrer Erfahrung die Schmerzen aus oder verschlimmert sie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie stark werden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihrem normalen Tagesablauf eingeschränkt?

- überhaupt nicht       etwas       deutlich  
 stark       fast völlig       .....

In welchen Tätigkeiten bzw. Bedürfnissen werden Sie durch Ihre Schmerzen eingeschränkt?

- Beruf/ Haushalt       Appetit  
 körperliche Unternehmung       Lebenslust / Antrieb  
 geistige Tätigkeiten       Sexualität  
 Einschlafschwierigkeiten       Durchschlafschwierigkeiten

Worauf sind die Schmerzen Ihrer Meinung nach zurückzuführen?

- Krankheit (welche?) \_\_\_\_\_  
 Operationen (welche?) \_\_\_\_\_  
 Unfall \_\_\_\_\_  
 seelische Belastung \_\_\_\_\_  
 andere Ereignisse (welche?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Gedanken im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen beunruhigen Sie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Krankenhaus- und oder Kuraufenthalt wegen Ihren Schmerzen?

- Wo: \_\_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_  
 Wo: \_\_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_  
 Wo: \_\_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_  
 Wo: \_\_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

Welche Diagnose wurde gestellt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

**Fragen zu Ihrem Befinden**

*Bearbeitungshinweis:* Bitte lesen Sie jede Aussage durch und kreuzen Sie die Zahlen 0,1,2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden

**0** Traf **gar nicht** auf mich zu

**1** Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**
**2** Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder **ziemlich oft**
**3** Traf **sehr stark** auf mich zu oder **die meiste Zeit**

1. Ich fand es schwer mich zu beruhigen	0	1	2	3
2. Ich spürte dass mein Mund trocken war	0	1	2	3
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben	0	1	2	3
4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung)	0	1	2	3
5. Es fiel mir schwer, mich aufzuraffen, Dinge zu erledigen	0	1	2	3
6. Ich tendiere dazu, auf Situationen über zu reagieren	0	1	2	3
7. Ich zitterte (z.B. an den Händen)	0	1	2	3
8. Ich fand alles anstrengend	0	1	2	3
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte	0	1	2	3
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte	0	1	2	3
11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte	0	1	2	3
12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen	0	1	2	3
13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig	0	1	2	3
14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen	0	1	2	3
15. Ich fühlte mich einer Panik nah	0	1	2	3
16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern	0	1	2	3
17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert	0	1	2	3
18. Ich fand mich ziemlich empfindlich	0	1	2	3
19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern)	0	1	2	3
20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich	0	1	2	3
21. Ich empfand das Leben als sinnlos	0	1	2	3

DASS ©Nilges,Korb, Essau 2012

Diese Zeilen bitte nicht ausfüllen D: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ S: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Wie lange waren Sie insgesamt wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig oder konnten Ihre Hausarbeit nicht voll ausführen?

---



---

Bekommen Sie wegen Ihrer Schmerzen eine Rente  ja  nein  
 Läuft ein Rentenanspruch?  ja  nein

Sind Sie schon einmal operiert worden?

Welche Operationen:

---



---

Haben Sie Unfälle erlitten?

---



---

Welche anderen Krankheiten haben Sie?

---



---

Haben sich Ihre Schmerzen im Laufe der Zeit verändert?

sind gleich geblieben  sind schwächer geworden  
 sind stärker geworden  sind häufiger geworden  
 sind anders geworden  sind seltener geworden  
 \_\_\_\_\_

Wie oft traten die Schmerzen in letzter Zeit auf?

dauernd  etwa einmal die Woche  
 anfallsweise  etwa einmal im Monat  
 täglich  ab und zu  
 \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente gegen Ihre **Schmerzen** ein?

Wenn ja: Welche? Dosierung? Medikamentenplan?

---



---



---



---

Check Liste für Ihren ersten Termin:

Versicherungskarte  
 Überweisung (wenn vorhanden)  
 Schmerzfragebogen (diesen)  
 Vorbefunde der letzten 3 Jahre (Arztbriefe)  
 MRT- oder Röntgenbefunde KEINE CD'S  
 Krankenhausberichte  
 aktuelle Laborwerte  
 aktuellen Medikamentenplan

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, wir freuen uns auf Sie!