**Fragebogen für die Schmerzambulanz**

Vor der ersten Vorstellung ist es sehr hilfreich, wenn Sie uns bereits einige Dinge über Ihr Kind und seine Krankheitsgeschichte mitteilen. Daher bitten wir Sie den folgenden Bogen auszufüllen und per Mail, Fax oder Post an uns zu senden. Unsere Mitarbeiter\*innen werden sich für eine Terminvergabe bei Ihnen melden.

**Email an:** spz.neuro@sana.de | **Fax an:** 030- 5518 5288 **Post**: SPZ Sana Klinikum Lichtenberg, Fanningerstr. 32; 10365 Berlin

**1. Persönliche Daten**

****Vor- und Nachname des Kindes: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

****Geburtsdatum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

****Adresse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

|  |  |
| --- | --- |
| Telefonnummer:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | * E-Mail:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
 |

****

**Datum der Anmeldung:** Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

|  |  |
| --- | --- |
| 2. | **Schildern Sie bitte kurz den Grund für die Vorstellung in der Schmerzsprechstunde.**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 2.1. | Um welche Art von Schmerzen handelt es sich (z.B. Kopf-, Bauch-, Rückenschmerzen)?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Gibt es noch Schmerzen anderen Körperstellen? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 2.2. | Seit wann bestehen die Schmerzen? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 2.3. | Sind Auslöser bekannt?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 2.4. | Wie häufig treten die Schmerzen auf?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 2.5. | Bestehen Begleitsymptome? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 2.6. | Welche Diagnostik wurde bisher durchgeführt?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 2.7. | Welche Therapien wurden angewandt (z.B. Physiotherapie, Psychotherapie)?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 2.8. | **Welche Medikamente wurden bislang eingenommen? Und mit welchem Erfolg?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Medikament | Dosis und Art | Wie oft pro Tag?Nach Bedarf? | Über welchen Zeitraum? | Wie wirksam?1 = nicht wirksam2 = wenig wirksam3 = gut wirksam |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Dauermedikation:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **3.**  | **Eigen-/Familienanamnese** |
|  | Hat Ihr Kind weitere Erkrankungen?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Gibt es seelische Belastungsfaktoren**?**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Gibt es in der Familie Erkrankungen?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **4.** | **Schule** |
|  | Welche Schule und Klasse besucht Ihr Kind zurzeit?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Gab es in den letzten 6 Monaten Fehlzeiten? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **5.** | **Alltag** |
|  | Gibt es schmerzbezogene Einschränkungen im Alltag / in der Freizeit?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **6.** | **Wer hat Ihnen empfohlen Ihr Kind bei uns vorzustellen?**  |
|  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Gibt es noch andere Dinge, die Sie uns mitteilen möchten?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Vielen Dank!
Ihr Team der Schmerzambulanz**