

# TSD

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Jahre

Beruf \_\_\_\_\_ Geschlecht m / w

Anleitung: Nachfolgend stehen eine Reihe von Aussagen über Probleme, Schwierigkeiten und Beschwerden, die die Menschen manchmal haben. Bitte lesen Sie jede Aussage genau. Wenn Sie dies getan haben machen Sie bitte in einem Kästchen rechts ein Kreuz das am besten bezeichnet, in welchem Ausmaß die Beschwerden für Sie zutrifft und damit beschreibt, wie das Problem Sie in letzten Wochen – einschließlich des heutigen Tages – belastet hat. Bitte machen Sie nur ein Kästchen rechts von jeder Aussage ein Kreuz und lassen Sie keine Aussage unbearbeitet.

1. Ich bin nervös und innerlich unruhig	1	2	3	4	16. Meine Gefühle sind leicht verletzbar	1	2	3	4
2. Ich fühle mich leicht belästigt und verärgert	1	2	3	4	17. Ich habe Herzjagen (Herzrasen)	1	2	3	4
3. Ich fühle mich kraftlos und träge	1	2	3	4	18. Ich fühle mich anderen unterlegen	1	2	3	4
4. Ich denke daran, mit dem Leben Schluß zu machen	1	2	3	4	19. Ich habe Schwierigkeiten mich ein- und durchzusetzen	1	2	3	4
5. Mein Appetit ist schlecht	1	2	3	4	20. Es fällt mir schwer, Entscheidungen zu treffen	1	2	3	4
6. Ich weine leicht	1	2	3	4	21. Ich blicke hoffnungslos in die Zukunft	1	2	3	4
7. Dem anderen Geschlecht gegenüber bin ich scheu und unsicher	1	2	3	4	22. Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten	1	2	3	4
8. Ich fühle mich eingeengt und eingeschlossen	1	2	3	4	23. Ich fühle mich angespannt und überreizt	1	2	3	4
9. Plötzlich erschrecke ich ohne äußeren Anlass	1	2	3	4	24. Ich denke an das Sterben und den Tod	1	2	3	4
10. Ich leide darunter, mir Vorwürfe zu machen	1	2	3	4	25. Ich wache morgens zu früh auf	1	2	3	4
11. Ich habe ohne Gründe Angst	1	2	3	4	26. Mein Schlaf ist unruhig und gestört	1	2	3	4
12. Ich fühle mich traurig	1	2	3	4	27. Ich habe das Gefühl, dass ich mich zu allen anstrengen muss	1	2	3	4
13. Ich fühle mich in der Ausführung mancher Arbeiten gehemmt	1	2	3	4	28. Selbst mitten unter Leuten fühle ich mich einsam	1	2	3	4
14. Ich Sorge mich zu viel	1	2	3	4	29. Ich fühle mich wertlos	1	2	3	4
15. Ich habe das Gefühl, dass ich das Interesse an Vielem verliere	1	2	3	4	30. Ich habe Schuldgefühle	1	2	3	4

- 1= überhaupt nicht  
 2= ein bisschen  
 3= ziemlich stark  
 4= sehr stark

Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Feststellungen zutreffend beantwortet haben!!

1.) Wie geht es Ihnen?

sehr gut  gut  befriedigend  ausreichend  mangelhaft  ungenügend

2.) Wegen welcher Schmerzen kommen Sie heute?

Kreuz-/Rückenschmerzen  Schulter-/Nackenschmerzen  Gelenkschmerzen  
 Kopfschmerzen  Unterleibschmerzen  Ganzkörperschmerzen  
 andere Schmerzen → welche:

3.) Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?

1-2 Tage  3-7 Tage  2-4 Wochen  2-3 Monate  4-6 Monate  länger

4.) Wie stark sind zur Zeit Ihre geringsten Schmerzen (z. B. in Ruhe)?

Bitte notieren Sie nachfolgend Ihre geringste Schmerzintensität in der vergangenen Woche  
 (0 = kein Schmerz; 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie stark sind zur Zeit Ihre stärksten Schmerzen (z. B. unter Belastung)?

Bitte notieren Sie nachfolgend Ihre größte Schmerzintensität in der vergangenen Woche  
 (0 = kein Schmerz; 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei einer erfolgreichen Behandlung erträglich?

Bitte notieren Sie nachfolgend Ihre Schmerzintensität  
 (0 = kein Schmerz; 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.) Wie stark werden Sie im Alltag durch Ihre Schmerzen beeinträchtigt bzgl. ...?

Bitte notieren Sie für die nachfolgend genannten Bereiche des alltäglichen Lebens, wie stark Sie diesbezüglich in der vergangenen Woche durch Ihre Schmerzen beeinträchtigt wurden  
 (0 = keinerlei Beeinträchtigung; 10 = stärkste vorstellbare Beeinträchtigung)

... häuslicher + familiärer Aktivitäten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... Freizeit + Erholung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sozialer Unternehmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Haus- + Berufsarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Selbständigkeit in Alltagsverrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... allgemeiner Lebensqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.) Behandeln Sie Ihre Schmerzen bereits medikamentös?

nein  ja → womit:

Erzielte Schmerzlinderung?  vollständig  mittelmäßig  ungenügend

Verträglichkeit?  sehr gut  befriedigend  mangelhaft

7.) Wie entwickelten sich Ihre Schmerzen in der vergangenen Woche?

blieben gleich  wurden stärker  wurden schwächer

8.) Leiden Sie aktuell unter anderen Erkrankungen?

nein  ja → unter:

Bluthochdruck  Herzschwäche  Angina pectoris  koronare Herzkrankheit  
 Durchblutungsstörungen in den Beinen  Wasser in den Beinen  Venenschwäche  
 Kurzatmigkeit  Nierenfunktionsstörung  Leber-/Gallenfunktionsstörungen  
 Zuckerkrankheit  Fettstoffwechselstörung  
 Magengeschwür  Gastritis  nervöser Magen  sonstige Darmerkrankungen  
 depressive Verstimmung  Erkrankungen von Nerven und/oder Gehirn  
 Osteoporose  Blutarmut  Blutgerinnungsstörung  Allergien  
 Asthma  Nasenschleimhautschwellungen  
 andere:

9.) Hatten Sie schon einmal...

... ein Magengeschwür?  nein  ja  
 ... einen Herzinfarkt?  nein  ja  
 ... einen Schlaganfall?  nein  ja  
 ... eine Bypass-Operation?  nein  ja  
 ... eine allergische Reaktion auf ein Medikament?  nein  ja

10.) Haben Sie schon einmal ein Schmerzmittel nicht vertragen?

nein  ja → welches:

11.) Haben Sie eine künstliche Herzklappe?

nein  ja

12.) Müssen Sie in nächster Zeit operiert werden?

nein  ja

13.) Rauchen Sie regelmäßig?

nein  ja

14.) Wie groß sind Sie und wie viel wiegen Sie aktuell?

cm  kg

15.) Benötigen/nehmen Sie aktuell regelmäßig Medikamente?

nein  ja → welche:  
 niedrig dosierte Acetylsalicylsäure (ASS)  Schmerzmittel  Antidepressiva  
 Gerinnungshemmer  Lipidsenker  Bluthochdruckmedikamente  Kortison  
 andere:

# Nur vom behandelnden Arzt auszufüllen!

16.) Empfinden Sie Ihre Schmerzen als ...

spitz <input type="checkbox"/>	oder	dumpf <input type="checkbox"/>
pochend/pulsierend <input type="checkbox"/>	oder	drückend <input type="checkbox"/>
scheidend <input type="checkbox"/>	oder	reißend <input type="checkbox"/>
ziehend <input type="checkbox"/>	oder	krampend <input type="checkbox"/>
punktgenau umschrieben <input type="checkbox"/>	oder	diffus/flächlich <input type="checkbox"/>
attackenhaft auftretend <input type="checkbox"/>	oder	anhaltend <input type="checkbox"/>

17.) Leiden Sie unter ...

Morgensteifigkeit? <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gelenkschwellung? <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gelenküberwärmung? <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gelenkrötung? <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fieber? <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit? <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Funktionsstörungen von Blase und/oder Darm? <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
einer umschriebenen Muskelschwäche? <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
(z. B. einer Fußheberschwäche, etc.)		
sonstigen neurologischen Ausfällen <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
oder Lähmungserscheinungen?		

18.) Spüren/empfinden Sie im Bereich Ihrer Schmerzen ... als schmerzhaft?

... eine leichte Berührung (z. B. durch die Bettdecke) <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
... Kälte/Wärme (z. B. Badewasser) <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

19.) Spüren/empfinden Sie im Bereich Ihrer Schmerzen mitunter ...?

... ein Brenngefühl (wie Brennesseln)? <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
... ein Kribbel-/Prickelgefühl (wie Ameisenlaufen)? <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
... ein Taubheitsgefühl? <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

20.) Sind Ihre Schmerzen eher ...

gut lokalisierbar <input type="checkbox"/>	oder	schlecht lokalisierbar <input type="checkbox"/>
über Gelenken <input type="checkbox"/>	oder	über Muskeln <input type="checkbox"/>
nachts stärker <input type="checkbox"/>	oder	tagsüber stärker <input type="checkbox"/>
in Ruhe mehr <input type="checkbox"/>	oder	in Ruhe weniger <input type="checkbox"/>
morgens stärker <input type="checkbox"/>	oder	morgens schwächer <input type="checkbox"/>

## Vielen Dank. Bitte geben Sie nun den Fragebogen wieder zurück!

Bei Fragen oder Unklarheiten stehen Ihnen Ihre Ärztin/Arzt und deren/dessen Mitarbeiter/innen gerne zu Verfügung.

Schmerzkrankung, ICD-10:

Chronifizierungsstadium:  I  II  III

radikuläre Symptomatik?

neurologische Ausfälle?

Muskelschwäche?

B-Symptomatik?

Tumor?

akutes Trauma?

Neuropathische Schmerzen

Gelenkerguß?

Gelenkentzündung?

Gelenkfunktion ↓?

Alter > 65?

GI-Risikofaktoren?

CV-Risikofaktoren?

Nierenfunktion ↓?

Leberfunktion ↓?

kritische Ko-Medikation?

Triggerpunkte?

Tissue-Compliance ↓?

Druckschmerzschwelle ↑?

Druckschmerztoleranz ↑?

muskulär-bed. Fehlfunktionen?

MyoTect®-Score (0-25)

unwahrscheinlich:

möglich:

je höher der MyoTect®-Score, desto wahrscheinlicher ist eine muskuläre Beteiligung an der Schmerzentsstehung und desto sinnvoller erscheinen entsprechende therapeutische Maßnahmen!

**sicher\***

25

Krankenkasse bzw. Kostenträger	geb. am
Name, Vorname des Versicherten	Status
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
Vertragsart-Nr.	VK gültig bis
Datum	

Zeigt der Patient einen dieser Faktoren, so hat er ein erhöhtes Risiko unter NSAR-Komplikationen im oberen GI-Trakt zu entwickeln.

Bei zwei oder mehr „Ja“-Antworten ist eine muskuläre Beteiligung an der Schmerzentsstehung (auch bei niedrigem MyoTect®-Score) sicher und damit die Indikation für Muskeltonus-normalisierende Analgetika gegeben!

Wiedervorstellung/Verlaufskontrolle am:

Handzeichen:

DSL DCS IQIGSP