

Anamnesebogen für Schmerzpatienten

Bitte füllen Sie diesen vollständig.

Anschliessend senden Sie diesen bitte vor dem ersten Termin an info@hywano.ch

Angaben zur Person

Frau Herr

Titel:

Name: Vorname:

Geb.-datum:

Stasse, Nr.: Tel. Privat:

PLZ, Ort: Tel. Handy:

Tel. Geschäft:

E-Mail: Zeiten der Erreichbarkeit:

Ausbildung/Beruf

Welchen Schulabschluss oder akademischen Abschluss haben Sie?

.....

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

.....

Welchen Beruf üben Sie aus?

.....

Wer ist Ihr Arbeitgeber?

.....

Familienstand

Sind Sie verheiratet? Ja nein

Vorname des Partners /der Partnerin?

Namen und Alter der Kinder?

Familienherkunft

Alter der Mutter bei Ihrer Geburt?

Alter des Vaters bei Ihrer Geburt?

Leben Ihre Eltern noch? Ja nein

Wenn nein, wann sind sie gestorben?

Welches ist Ihre Stellung in der Geschwisterreihe?
.....

Haben Sie Erfahrungen mit Hypnose, Selbsthypnose oder Entspannungsmethoden?
.....

Beschreibung und Entstehungsgeschichte des Schmerzes

Wo empfinden Sie den Schmerz?
.....
.....

Wie würden Sie anhand einer Skala von 0 bis 10, auf der 0 «kein Schmerz» und 10 für «stärkster vorstellbarer Schmerz» stehen, die durchschnittliche Intensität Ihrer Schmerzen in der vergangenen Woche einschätzen?
.....

Was war in der vergangenen Woche die geringste Schmerzintensität?

Was war in der vergangenen Woche die stärkste Schmerzintensität?

Wie wichtig ist es für Sie, die Intensität Ihrer täglichen Schmerzen zu verringern?
.....

Falls es für Sie wichtig ist und falls es uns nicht gelingt, die Schmerzen auf 0 zu senken, mit welcher durchschnittlichen Schmerzintensität auf einer Skala von 0 bis 10, könnten Sie dann eher zurecht kommen?

Wie wichtig ist es für Sie, Fertigkeiten zu erlernen, durch die Sie Ihre Empfinden der Schmerzintensität für kurze Zeit verringern könnten (und wie sehr belastet Sie der Schmerz)?
.....
.....
.....

Mit welchen Worten würden Sie Ihren Schmerz beschreiben?

.....

Wann ist der Schmerz erstmals aufgetreten?

.....

Was war zu dieser Zeit in Ihrem Leben sonst noch los?

.....

.....

Wie hat sich Ihr Schmerz seit dem ersten Auftreten entwickelt?

.....

Ist er stärker oder schwächer geworden oder gleich geblieben?

.....

Wie hat sich Ihr Schmerz in den letzten sechs Monaten entwickelt?

.....

Welche Behandlungen gegen Schmerz haben Sie schon ausprobiert oder erhalten (einschliesslich chirurgischer Eingriffe, passiver und aktiver Physiotherapie und medikamentöser Behandlung)?

.....

.....

Welche Behandlungen haben Ihnen geholfen?

.....

.....

Welche Behandlungen haben das Problem noch verschlimmert?

.....

Wodurch wird Ihr Schmerz stärker?

.....

Was verringert Ihren Schmerz?

.....

Welche Art von körperlichem Training betreiben Sie (wie intensiv, wie oft)?

.....

.....

Einige Menschen, die unter Schmerzen leiden, sagen, sie würden es so leid werden, nichts tun zu können, dass sie an Tagen, an denen sie sich besser fühlen, zu viel tun, wofür sie dann büssen, weil ihre Schmerzen dadurch wieder stärker werden. Danach müssen sie sich dann manchmal tagelang ausruhen.

Passiert Ihnen das auch? Ja Nein

Woran erkennen andere Menschen, mit denen Sie zusammenleben oder Zeit verbringen, wenn Sie unter Schmerzen leiden?

.....

Was tun oder sagen Sie in solchen Situationen?

.....

Wie reagieren Menschen, mit denen Sie zusammenleben oder Zeit verbringen, wenn Sie den Eindruck gewinnen, dass Sie unter Schmerzen leiden?

.....

Was versuche diese zu tun oder was sagen sie dann?

.....

Woran erkennen andere Menschen, mit denen Sie zusammenleben oder Zeit verbringen, wenn es Ihnen besonders gut geht?

.....

Was tun oder sagen Sie in solchen Situationen?

.....

Wie reagieren Menschen, mit denen Sie zusammenleben oder Zeit verbringen, wenn es Ihnen gut geht?

.....

Was tun oder sagen diese dann?

.....

Wenn Sie Ihr Leben jetzt mit Ihrem Leben vor dem ersten Auftretender Schmerzen vergleichen, was haben Sie dann wegen den Schmerzen völlig zu tun aufgehört, das Sie vorher getan haben?

.....

Wenn Sie Ihr Leben jetzt mit Ihrem Leben vor dem ersten Auftretender Schmerzen vergleichen, was tun Sie dann heute weniger, das Sie früher intensiver betrieben/getan haben?

.....

Welcher dieser Aktivitäten würden Sie sich gerne wieder stärker widmen?

.....

Wenn Sie Ihr Leben jetzt mit Ihrem Leben vor dem ersten Auftretender Schmerzen vergleichen, was tun Sie dann heute mehr, das Sie vorher nicht oder selten getan haben?

.....

Wie versuchen Sie aktuell mit den Schmerzen fertig zu werden?

.....

Falls mit Medikamenten: mit welchen und in welcher Dosierung?

.....

Wie gut wirken diese Schmerzbewältigungsstrategien bei Ihnen?

.....

Was hat man Ihnen als Ursache Ihres Schmerzes genannt?

.....

.....

Was denken Sie darüber?

.....

.....

Wie wirkt sich Ihr Schmerz auf Ihren Schlaf aus?

.....

Wären Sie daran interessiert, bestimmte Fertigkeiten zu erlernen, die es Ihnen erleichtern könnten, einzuschlafen und durchzuschlafen?

.....

.....

Berufliche Tätigkeit

Arbeiten Sie zurzeit wegen Schmerzproblemen nicht? Ja Nein

Wann haben Sie das letzte Mal gearbeitet?

.....

Welchen Beruf haben Sie ausgeübt?

.....

Falls Sie nicht arbeiten:

Halten Sie es für ein realistisches Ziel, irgendwann wieder arbeiten zu können? Ja Nein

Wie wichtig ist es Ihnen wieder zu arbeiten?

.....

Erhalten Sie zurzeit wegen Ihren Schmerzen eine finanzielle Unterstützung aufgrund von Berufsunfähigkeit?

Ja Nein

Wenn ja: Wieviel Unterstützung erhalten Sie im Monat und aus welchen Quellen?

.....

Gibt es wegen dieser Angelegenheit irgendwelche Rechtsstreitigkeiten? Ja Nein

Wenn ja: In welchem Stadium befinden sich diese Auseinandersetzungen?

.....

Sozialer Status und Vorgeschichte

Wo sind Sie aufgewachsen?

.....

Wer war für Ihre Erziehung verantwortlich?

.....

Können Sie Ihre Kindheit beschreiben?

.....

.....

Wurden Sie jemals körperlich, sexuell, psychisch oder emotional misshandelt oder missbraucht? Ja Nein

Wenn ja: Können Sie das etwas ausführlicher schildern?

.....

.....

.....

Wie würden Sie Ihre Mutter beschreiben?

.....

.....

Wie hat sie ihre Aufgaben und Elternpflichten erfüllt?

.....

.....

Wie würden Sie Ihren Vater beschreiben?

.....

.....

Wie hat er seine Aufgaben und Elternpflichten erfüllt?

.....

.....

Sind Sie verheiratet? Ja Nein

Wenn ja, wie lange sind Sie schon verheiratet?

.....

Wie würden Sie die Qualität Ihrer Beziehung beschreiben?

.....

.....

Wirkt sich der Schmerz auf Ihre Beziehung aus? Ja Nein

Wenn ja, wie?

.....

Waren Sie früher einmal verheiratet? Ja Nein

Wenn ja, wie oft?

.....

Wie ist/sind diese Beziehungen zu Ende gegangen?

.....

Haben Sie Kinder? Ja Nein

Wenn ja, wie viele?

.....

Leben Sie mit Ihnen? Ja Nein

Wie hat sich Ihr Schmerz auf die Beziehung zu Ihren Kindern ausgewirkt? Ja Nein

Psychischer/psychiatrischer Status und Vorgeschichte

Vorliegen von Depression und entsprechende Vorgeschichte? Ja Nein

Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung und entsprechende Vorgeschichte? Ja Nein

Vorliegen von Angst-/Panikstörung und entsprechende Vorgeschichte? Ja Nein

Vorliegen psychotischer und wahnhafter Symptome und entsprechende Vorgeschichte? Ja Nein

Behandlungsgeschichte aktueller oder früherer psychischer oder psychiatrischer Probleme? Ja Nein

Drogen- und Alkoholkonsumstatus und entsprechende Vorgeschichte

Wieviel Alkohol trinken Sie pro Woche?

.....

Konsumieren Sie derzeit Drogen? Ja Nein

Hatten Sie in der Vergangenheit Probleme wegen Alkohol- oder Drogenkonsum?

Wenn ja: Können Sie mehr darüber berichten?

.....

Sind Sie schon einmal wegen Drogen- oder Alkoholmissbrauch behandelt worden? Ja Nein

Wenn ja: Können Sie mehr darüber berichten?

.....

Allgemeines

Was ist das Allerwichtigste in Ihrem Leben?

.....

Welches ist Ihr grösstes Hobby, Ihre grösste Leidenschaft?

.....

Glaube an eine höhere Kraft?

.....

Haben Sie orthopädischen Probleme? Ja Nein

wenn ja, welche?

.....

Mögliche negative Konsequenzen der Heilung

Bitte stellen Sie sich folgende Fragen:

Was werde ich verlieren, wenn ich gesund werde / meine Beschwerden loswerde?

Was gewinne ich, wenn ich das Problem behalte?

Gibt es andere negative Konsequenzen, Ängste, Umstände, die einer Heilung entgegenstehen?

Wert der Heilung

Welche Dinge sollten Sie kurzfristig tun?

.....

Welche Dinge sollten Sie langfristig tun?

.....

Sonstige Anmerkungen

Gibt es etwas, das ich als Therapeut besonders beachten sollte? Etwas unbedingt tun oder vermeiden?

Ja Nein; wenn ja was?

.....

Gibt es wichtige Dinge, die nicht erfragt wurden, die Sie aber mitteilen möchten? Ja Nein

wenn ja welche?

.....

Wichtige Information für Sie

Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, muss dieser 48 Stunden vor dem Termin durch Sie abgesagt werden. Absagen innerhalb 48 Stunden vor dem Termin werden in Rechnung gestellt.

Wird ein Ersttermin nicht eingehalten, werden weitere Termine nur gegen Vorkasse vereinbart.