



Fibromyalgie Verein Bayern e.V.

Fragebogen Selbsteinschätzung meiner Gesundheit

Für das Arztgespräch

Angaben zur Person

Vorname

Name

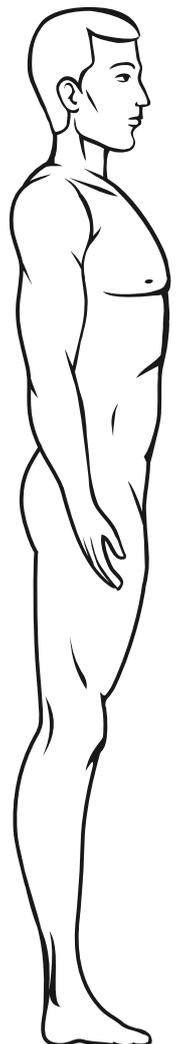
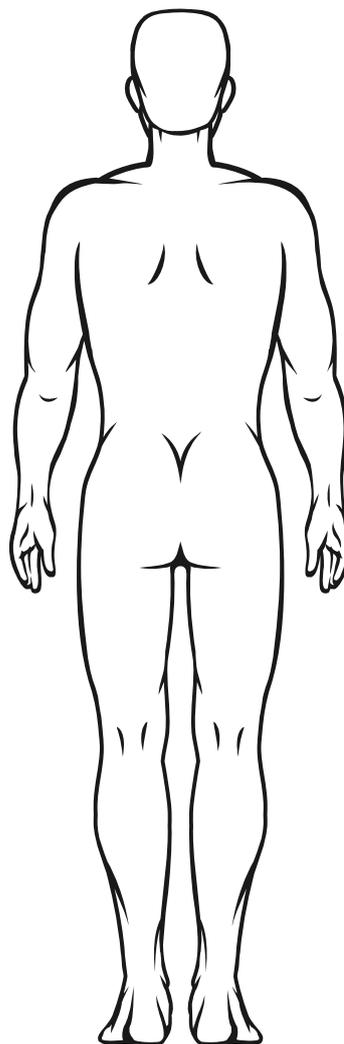
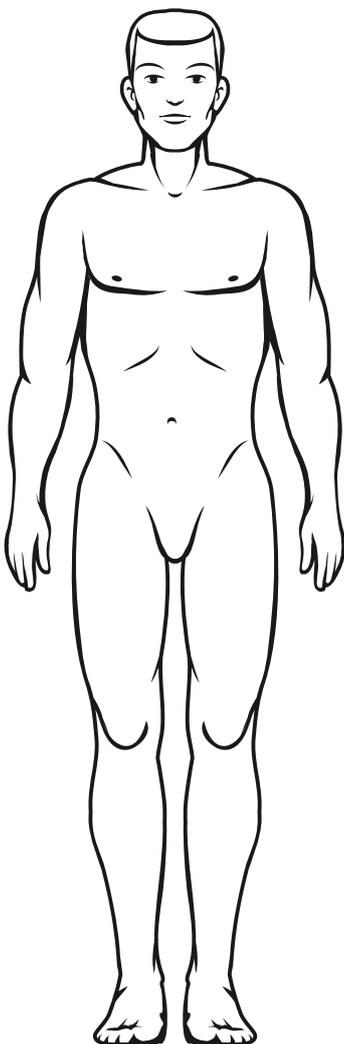
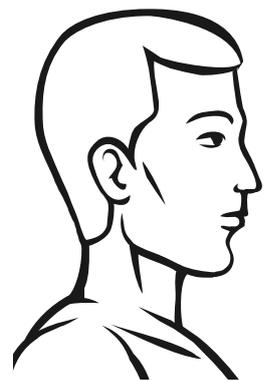
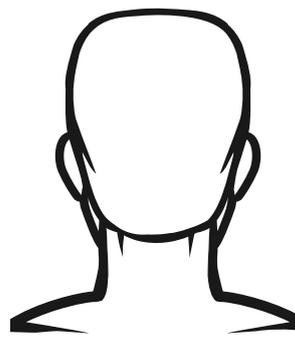
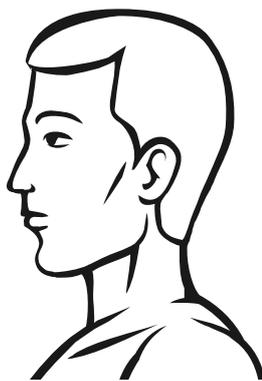
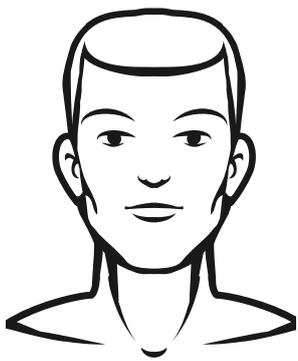
Geburtsdatum



Fibromyalgie Verein Bayern e. V.
c/o Claudia Dextl, Esebeckstraße 17, 80637 München
Telefon (089) 14 90 36 62, info@fibromyalgie-bayern.de
www.fibromyalgie-bayern.de

1. Schmerzzonen am Körper

Markieren Sie Ihre derzeitigen Schmerzzonen



2. Schmerzsymptomatik

2.1. Seit wann bestehen die Schmerzen?

Zeitraum

Weniger als 1 Monat	<input type="checkbox"/>
1 Monat bis 6 Monate	<input type="checkbox"/>
6 Monate bis 1 Jahr	<input type="checkbox"/>
1 bis 2 Jahre	<input type="checkbox"/>
Mehr als 2 Jahre	<input type="checkbox"/>

2.2. Wie empfinden Sie Ihre Schmerzen?

Aktuelle Situation

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Kein Schmerz								10 = starker Schmerz		

Bitte beantworten Sie jede Aussage in der nachfolgenden Tabelle!

Empfindung	sehr zutreffend	weitgehend zutreffend	weniger zutreffend	nicht zutreffend
stechend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ziehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brennend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drückend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klopfend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dumpf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pochend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3. Was trägt zur Schmerzlinderung bei?

Wie z.B. Wärme, Kälte, Entspannung...

Schmerzlinderung

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

2.4. Was verschlimmert Ihre Schmerzen?

wie z.B. Stress, körperliche Anstrengung...

Schmerzverschlimmerung

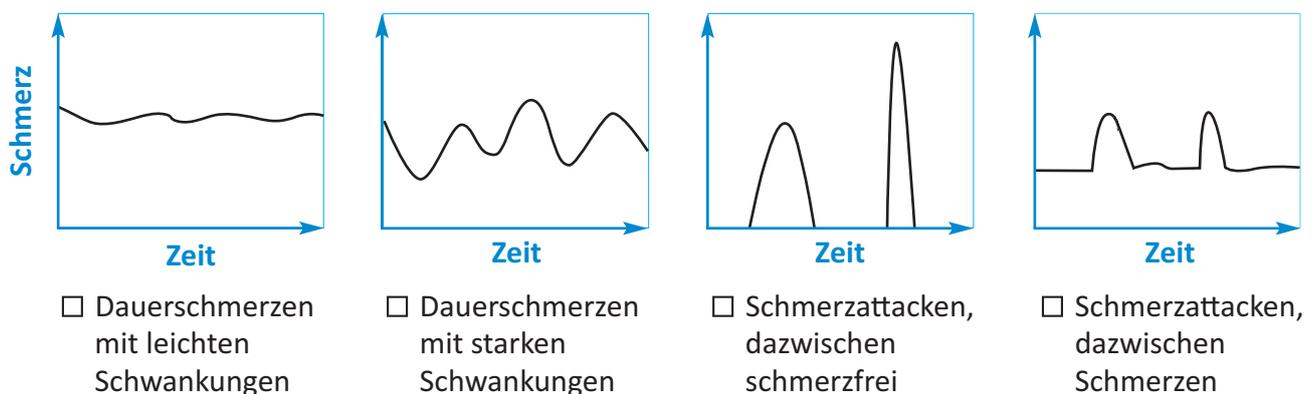
1.

2.

3.

4.

2.5. Schmerzverlauf



3. Begleitsymptomatik

Bitte beantworten Sie jede Aussage in der nachfolgenden Tabelle!

Begleitsymptome	sehr zutreffend	weitgehend zutreffend	weniger zutreffend	nicht zutreffend
Großflächige Muskel- und Sehnenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Druckschmerzempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizdarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizblase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte- und Hitzeempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavierte Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste und Panikattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit und Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein- und Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein erholsamer Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restless legs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Weitere Erkrankungen bzw. Vorerkrankungen

Erkrankungen

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

5. Schlaf

Bitte beantworten Sie jede Aussage in der nachfolgenden Tabelle! Ergänzen Sie ggf. die Leerzeilen!

Schlafqualität	sehr zutreffend	weitgehend zutreffend	weniger zutreffend	nicht zutreffend
Schlafen Sie schlecht ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachen Sie nachts auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht erholsamer Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesmüdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschöpfung am Tage	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

7. Lebensqualität

Bitte beantworten Sie jede Aussage in der nachfolgenden Tabelle! Ergänzen Sie ggf. die Leerzeilen!

Wohlbefinden	sehr zutreffend	weitgehend zutreffend	weniger zutreffend	nicht zutreffend
Die alltäglichen Arbeiten fallen mir schwer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeitsleistung ist eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die an mich gestellten Anforderungen fallen mir schwer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den beruflichen Anforderungen bin ich nicht mehr gewachsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschöpfung am Tage	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Eigene Notizen

Fibromyalgie Verein Bayern e.V.

c/o Claudia Dextl, Eisebeckstraße 17, 80637 München

Telefon (089) 14 90 36 62, info@fibromyalgie-bayern.de, www.fibromyalgie-bayern.de

Vereinsregister AG München VR-Nr. 207100 | Die Gemeinnützigkeit wurde durch das Finanzamt München für Körperschaften unter Steuer-Nr. 143/214/32582 zuerkannt.

Der Verein wird durch die Fördergemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern gefördert.

Bild- und Quellennachweis: Bilder von Fotolia by Adobe. S1: ©Naturestock und WavebreakMediaMicro, S2: © Neyro

Stand 08.2019