



# Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ)

(deutsche Version)

Hier sind ein paar Aussagen anderer Patienten über ihren Schmerz. Bitte kreuzen Sie für jede Aussage eine Nummer zwischen 0 und 6 an. Bitte beurteilen Sie, inwieweit körperliche Betätigungen wie z.B. Vorneigen, Heben, Gehen oder Fahren ihren Rückenschmerz beeinflussen oder beeinflussen würden. Die Wertung „6“ entspricht einer vollen Zustimmung. Werten Sie mit „0“, dann stimmen Sie definitiv nicht zu. Die Zahlen im mittleren Bereich sind mit einer unentschiedenen Haltung gleichzusetzen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen gemäß Ihrem aktuellen Zustand. Sollten Sie momentan keine Beschwerden haben, dann bewerten Sie die Fragen entsprechend Ihrem Zustand in der vergangenen Woche.

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

Datum: \_\_\_\_\_

Aussage	Wertung					
	1	2	3	4	5	6
1. Mein Schmerz wurde durch körperliche Betätigung verursacht.						
2. Körperliche Betätigung verschlimmert meinen Schmerz.						
3. Körperliche Betätigung könnte meinem Rücken schaden.						
4. Ich sollte keine körperlichen Tätigkeiten verrichten, die meinen Schmerz verstärken (könnten).						
5. Ich kann keine körperlichen Tätigkeiten verrichten, die meinen Schmerz verstärken (könnten).						

Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie sich Ihre normale Arbeit auf Ihren Rücken auswirkt oder auswirken könnte.

Aussage	Wertung					
	1	2	3	4	5	6
6. Mein Schmerz wurde durch meine Arbeit oder durch einen Unfall bei meiner Arbeit verursacht.						
7. Meine Arbeit verstärkte meinen Schmerz.						
8. Ich habe eine Forderung nach Schadensersatz bezüglich meines Schmerzes gestellt.						
9. Meine Arbeit ist für mich zu schwer.						
10. Meine Arbeit verstärkt (oder könnte) meine Schmerzen (verstärken).						
11. Meine Arbeit schadet meinem Rücken.						
12. Ich sollte meiner regulären Arbeit nicht mit meinen momentanen Schmerzen nachgehen.						
13. Ich kann meine normale Arbeit nicht mit meinen momentanen Schmerzen ausführen.						
14. Ich kann meine normale Arbeit nicht wieder aufnehmen, bis mein Schmerz behandelt wurde.						
15. Ich denke nicht, dass ich innerhalb von 3 Monaten zu meiner normalen Arbeit zurückkehren kann.						
16. Ich denke nicht, dass ich jemals wieder werde arbeiten können.						



# Graded Chronic Pain Scale (GCPS)

Bitte beantworten Sie die folgenden sieben Fragen Ihre Hauptschmerzen betreffend!

## Frage 1:

An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 6 Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen?

Tage: \_\_\_\_\_

*In den folgenden Fragen 2 bis 4 geht es um die Stärke Ihrer Schmerzen. Sie können Ihre Schmerzen jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 bewerten: Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben. Der Wert 10 bedeutet, dass Ihre Schmerzen nicht schlimmer sein könnten. Mit den dazwischenliegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.*

## Frage 2:

Wie würden Sie Ihre Schmerzen, wie sie in diesem Augenblick sind, einstufen?

keine Schmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	stärkster vorstellbarer Schmerz
--------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	---------------------------------------

## Frage 3:

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen?

keine Schmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	stärkster vorstellbarer Schmerz
--------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	---------------------------------------

## Frage 4:

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen?

keine Schmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	stärkster vorstellbarer Schmerz
--------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	---------------------------------------

*Bei den folgenden Fragen 5 bis 7 geht es um die Beeinträchtigung Ihrer Aktivitäten durch Schmerzen. Sie können Ihre Beeinträchtigung jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 bewerten: Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Beeinträchtigung haben. Der Wert 10 bedeutet, dass Sie außerstande waren/sind, irgendetwas zu tun. Mit den dazwischenliegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.*

## Frage 5:

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen?

keine Schmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	stärkster vorstellbarer Schmerzen
--------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	---

## Frage 6:

Inwieweit haben Ihre Schmerzen in den letzten 6 Monaten Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, an Familien und Freizeitaktivitäten teilzunehmen?

keine Schmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	stärkster vorstellbarer Schmerzen
--------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	---

## Frage 7:

Inwieweit haben Ihre Schmerzen in den letzten 6 Monaten Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre Arbeit/Hausarbeit zu verrichten?

keine Schmerzen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	stärkster vorstellbarer
--------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	----------------------------



# CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY

German version (CSI-GE)

## Zentraler Sensibilisierungsfragebogen TEIL A

Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage die für Sie aktuell am besten passende Antwort an.

		nie	sel- ten	gele- gent- lich	oft	im- mer
1	Wenn ich morgens aufwache, fühle ich mich müde und nicht erholt.	0	1	2	3	4
2	Meine Muskeln fühlen sich steif und schmerzhaft an.	0	1	2	3	4
3	Ich habe Angstattacken.	0	1	2	3	4
4	Ich knirsche oder beiße meine Zähne zusammen.	0	1	2	3	4
5	Ich habe Probleme mit Durchfall und/oder Verstopfung.	0	1	2	3	4
6	Ich brauche Hilfe bei der Verrichtung meiner Alltagstätigkeiten.	0	1	2	3	4
7	Ich reagiere empfindlich auf helles Licht.	0	1	2	3	4
8	Ich ermüde sehr schnell bei körperlichen Aktivitäten.	0	1	2	3	4
9	Ich habe am ganzen Körper Schmerzen.	0	1	2	3	4
10	Ich habe Kopfschmerzen.	0	1	2	3	4
11	Meine Blase fühlt sich unangenehm an und/oder ich habe Brennen beim Wasserlassen.	0	1	2	3	4
12	Ich schlafe nicht gut.	0	1	2	3	4
13	Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten.	0	1	2	3	4
14	Ich habe Hautprobleme, wie z.B. trockene oder juckende Haut oder Hautausschlag.	0	1	2	3	4
15	Stress verstärkt meine körperlichen Beschwerden.	0	1	2	3	4
16	Ich fühle mich traurig oder niedergeschlagen.	0	1	2	3	4
17	Ich habe wenig Energie.	0	1	2	3	4
18	Ich habe Muskelverspannungen im Nacken- und Schulterbereich.	0	1	2	3	4
19	Ich habe Kieferschmerzen.	0	1	2	3	4
20	Mir wird von manchen Gerüchen, wie z.B. Parfüm, schwindelig und übel.	0	1	2	3	4
21	Ich muss häufig Wasserlassen.	0	1	2	3	4
22	Meine Beine fühlen sich unangenehm und ruhelos an, wenn ich versuche nachts einzuschlafen.	0	1	2	3	4
23	Ich habe Schwierigkeiten, mich an Dinge zu erinnern.	0	1	2	3	4
24	Ich erlitt als Kind traumatische Erlebnisse.	0	1	2	3	4
25	Ich habe Schmerzen im Beckenbereich.	0	1	2	3	4
Gesamtsumme						



## Zentraler Sensibilisierungsfragebogen TEIL B

Hat ein Arzt/eine Ärztin bei Ihnen eine der folgenden Diagnosen gestellt?

Bitte kreuzen Sie auf der rechten Seite die passende Antwort zu jeder ärztlichen Diagnose an und geben Sie das Jahr an in dem die Diagnose gestellt wurde.

		nein	ja	Jahr der Diagnose- stellung
1	Restless-Legs-Syndrom (Syndrom der unruhigen Beine)			
2	Chronisches Erschöpfungssyndrom (Chronisches Fatigue Syndrom)			
3	Fibromyalgie			
4	Kiefergelenks-Funktionsstörung (Craniomandibuläre Dysfunktion)			
5	Migräne oder Spannungskopfschmerz			
6	Reizdarmsyndrom (Colon irritabile)			
7	Unverträglichkeit gegen verschiedene chemische Substanzen (Multiple Chemical Sensitivity)			
8	Nackenverletzung (einschließlich Schleudertrauma)			
9	Angst- oder Panikattacken			
10	Depression			