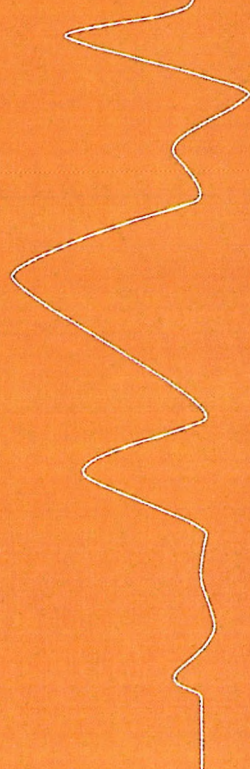


ERSTKONTAKT

Name

Termin



DEUTSCHER  
SCHMERZFRAGEBOGEN  
FÜR KINDER  
UND JUGENDLICHE



BOGEN  
FÜR JUGENDLICHE



Deutsches Kinderschmerzzentrum  
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln  
Universität Witten/Herdecke  
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5  
45711 Datteln

Fon: 023 63 / 975-180  
Fax: 023 63 / 975-181

E-Mail: [info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de](mailto:info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de)  
Web: [www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de](http://www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de)  
[www.facebook.com/DeutschesKinderschmerzzentrum](http://www.facebook.com/DeutschesKinderschmerzzentrum)

DSF-KJ Jugendliche Erstkontakt, Version 3.0

© Prof. Dr. B. Zernikow, Datteln

Gestaltung: Dirk Pleyer, 1:BEIDE, Bochum  
Layout: RDN Agentur für PR, Recklinghausen



Hallo,

dieser Fragebogen soll uns helfen, einen ausführlichen Überblick über Deine Schmerzen zu gewinnen.

Alle Informationen, die wir aus diesem Fragebogen und durch Gespräche mit Dir erhalten, bleiben strikt vertraulich. Manche Fragen werden Dir unwichtig vorkommen und scheinen mit Deinen Schmerzen nichts zu tun zu haben. Schmerzen sind jedoch ein so umfassendes Problem, dass auch scheinbar unwichtige Kleinigkeiten für uns Bedeutung haben.

Alles klar? Sonst frage uns einfach.

## ALLGEMEINE DATEN ZU DIR UND DEINER FAMILIE

1. HEUTIGES DATUM:

2. DEIN NAME:

3. DEIN ALTER:

4. DEIN GEBURTSDATUM:

5. AUF WELCHE SCHULE GEHST DU (zum Beispiel: Realschule)?

6. IN WELCHE KLASSE?



7. IN WELCHEM LAND SIND DEINE ELTERN GEBOREN?

MUTTER

in Deutschland       in einem anderem Land - welches? .....

VATER

in Deutschland       in einem anderem Land - welches? .....

8. SEIT WANN LEBST DU IN DEUTSCHLAND?

seit meiner Geburt       seit ich ..... Jahre alt bin.       weiß nicht

9. WELCHE SPRACHEN WERDEN BEI EUCH ZU HAUSE GESPROCHEN?

Deutsch       andere Sprachen - welche? .....

## DIE MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

### ALLGEMEINE MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

10. BITTE SCHREIBE HIER AUF, WELCHE SCHWEREN UND LANG ANDAUERNDEN KRANKHEITEN ODER SCHMERZEN ANDERE FAMILIENMITGLIEDER ODER FREUNDE HABEN ODER HATTEN.

WER?	WANN?	ART DER ERKRANKUNG ODER DES SCHMERZPROBLEMS?	AUSGANG DER ERKRANKUNG?
<i>Beispiel: Bruder</i>	<i>seit 2002</i>	<i>Rheuma, Gelenke</i>	<i>Hat er Immer noch</i>



**11. HAST DU IN DEN LETZTEN 3 MONATEN MEDIKAMENTE GEGEN SCHMERZEN EINGENOMMEN?**

Ja  Nein

Falls ja, bitte trage die folgenden Informationen ein:

MEDIKAMENT	DOSIS UND ART (Tabletten, Tropfen, Zäpfchen, Hübe)	WIE OFT PRO TAG? NACH BEDARF?	AN WIE VIELEN TAGEN PRO MONAT?	WIE WIRKSAM? 1 = nicht wirksam 2 = wenig wirksam 3 = gut wirksam
<i>Beispiel: Ibuprofen</i>	<i>300 mg als Saft</i>	<i>nach Bedarf</i>	<i>3 Tage pro Monat</i>	<i>3</i>

**INFORMATIONEN ÜBER DEINEN SCHMERZ  
DEINE SCHMERZGESCHICHTE – WIE HAT ES ANGEFANGEN?**

**12. WANN HAT DEIN AKTUELLES SCHMERZPROBLEM BEGONNEN?**

.....

.....

**13. HABEN DIE SCHMERZEN IN IHRER STÄRKE GESCHWANKT?**

Ja  Nein

Falls ja, wie haben die Schmerzen in ihrer Stärke geschwankt (zum Beispiel: sind stärker geworden, sind schwächer geworden, sind gleich geblieben, wechseln ständig, verschwinden manchmal ganz)?

.....

.....

**14. ALS DIE SCHMERZEN BEGANNEN, IST IN DIESER ZEIT ETWAS BESONDERES IN DEINEM LEBEN PASSIERT?**

Ja  Nein

Falls ja, was ist Besonderes passiert (zum Beispiel: mein bester Freund ist weggezogen; ich bin auf eine neue Schule gekommen; ich war krank; wir sind umgezogen; meine Eltern haben sich getrennt; ich habe die Vereinsmeisterschaft im Schwimmen gewonnen; ...)?

.....

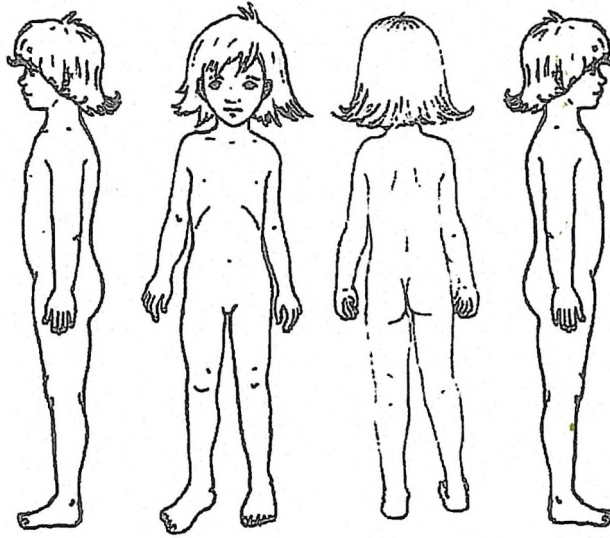
.....

## DEINE SCHMERZEN – JETZT

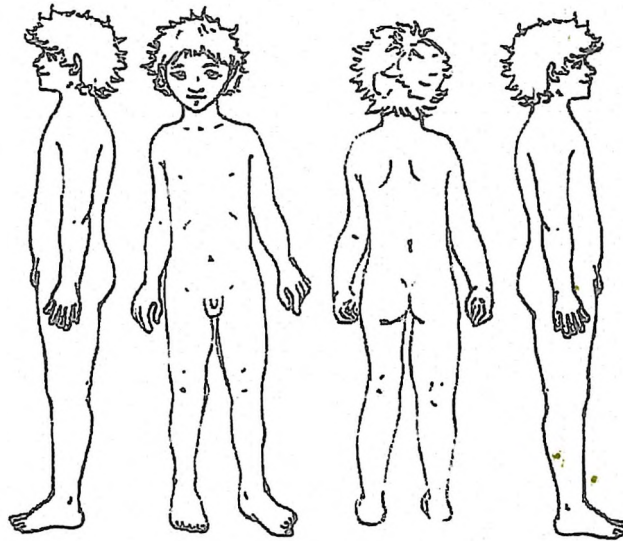
15. BITTE KREUZE („X“) DIE STELLEN AN, AN DENEN DU SCHMERZEN HAST.

16. BITTE ZEICHNE ZUSÄTZLICH EINEN KREIS (○) AN DIE STELLE, AN DER DEINE HAUPTSCHMERZEN SIND.

MÄDCHEN



JUNGEN





17. WAS IST DIE SCHLIMMSTE ZEIT DES TAGES?

18. WAS IST DIE BESTE ZEIT DES TAGES?

19. AN WELCHEM WOCHENTAG HAST DU DIE MEISTEN SCHMERZEN?

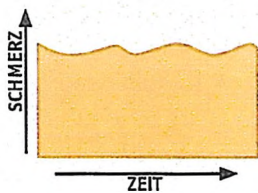
20. IN WELCHER JAHRESZEIT ODER WELCHEM MONAT HAST DU DIE MEISTEN SCHMERZEN?

21. WIE HÄUFIG HAST DU DEINE **HAUPTSCHMERZEN** (DIE MIT DEM KREIS ○)?

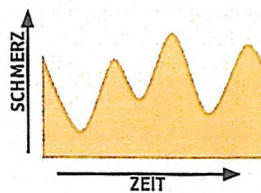
- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> einmal pro Jahr  | <input type="radio"/> mehrmals pro Jahr  |
| <input type="radio"/> einmal pro Monat | <input type="radio"/> mehrmals pro Monat |
| <input type="radio"/> einmal pro Woche | <input type="radio"/> mehrmals pro Woche |
| <input type="radio"/> einmal täglich   | <input type="radio"/> mehrmals täglich   |
| <input type="radio"/> dauernd          |  |

22. WELCHES BILD PASST AM BESTEN ZU DEINEN HAUPTSCHMERZEN IN DEN LETZTEN 7 TAGEN?

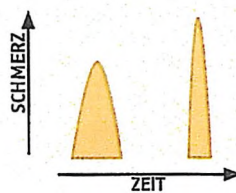
Bitte lies Dir alle Beschreibungen genau durch und kreuze dann an, was auf Deine Schmerzen am besten zutrifft.



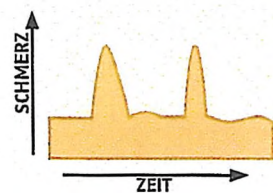
- Meine Schmerzen sind dauernd da und nie weg. Die Stärke der Schmerzen ist immer ziemlich gleich und schwankt nur wenig.



- Meine Schmerzen sind dauernd da und nie weg. Die Stärke meiner Schmerzen ist sehr unterschiedlich und schwankt sehr stark.



- Meine Schmerzen sind manchmal da und manchmal weg. Zwischendurch habe ich auch Zeiten, in denen ich keine Schmerzen habe.



- Meine Schmerzen sind dauernd da und nie weg. Zwischendurch habe ich sehr starke Schmerzen, die wie zusätzliche Attacken auftreten.



23. HAST DU **DAUERND** SCHMERZEN (DAS HEISST, DEINE SCHMERZEN SIND IMMER DA UND NIE WEG)?

- Nein, meine Schmerzen sind manchmal da und manchmal weg
- Ja, meine Schmerzen sind immer da und nie weg

WENN JA, SEIT WANN HAST DU **DAUERND** SCHMERZEN?

- Seit ..... Tagen
- Seit ..... Wochen
- Seit ..... Monaten
- Seit ..... Jahren

24. WIE LANGE DAUERN DEINE HAUPTSCHMERZEN MEISTENS AN?

- Minuten, nämlich etwa ..... Minuten
- Stunden, nämlich etwa ..... Stunden
- Tage, nämlich etwa ..... Tage
- Dauernd

Im Folgenden möchten wir gerne ein bisschen mehr über Deine **Hauptschmerzen** erfahren, d.h. die Schmerzen die Du in der Körperabbildung mit einem Kreis markiert hast.

Mit den Zahlen kannst Du angeben, wie stark Deine Schmerzen sind. **0** bedeutet, dass Du keine Schmerzen hast. Bei **1** beginnt ein leichter Schmerz und der wird bei den folgenden Zahlen immer stärker bis hin zur **10**. **10** bedeutet, dass Du die stärksten Schmerzen hast.

BITTE DENKE BEI DEN NÄCHSTEN BEIDEN FRAGEN AN DIE LETZTEN 4 WOCHEN.

25. WIE STARK WAREN DEINE **STÄRKSTEN** SCHMERZEN IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN?

BITTE MACHE EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE AM BESTEN PASST! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 ..... 10

Keine  
Schmerzen

Stärkste  
Schmerzen

26. WIE STARK WAREN DEINE SCHMERZEN **MEISTENS**, WENN DU IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN SCHMERZEN HATTEST?

BITTE MACHE EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE AM BESTEN PASST! BITTE GIB NUR **EINE ZAHL** AN!

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 ..... 10

Keine  
Schmerzen

Stärkste  
Schmerzen



BITTE DENKE BEI DEN NÄCHSTEN BEIDEN FRAGEN AN DIE LETZTEN 7 TAGE:

27. WIE STARK WAREN DEINE STÄRKSTEN SCHMERZEN IN DEN LETZTEN 7 TAGEN?

BITTE MACHE EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE AM BESTEN PASST! BITTE GIB NUR EINE ZAHL AN!

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 ..... 10

Keine  
Schmerzen

Stärkste  
Schmerzen

28. WIE STARK WAREN DEINE SCHMERZEN MEISTENS, WENN DU IN DEN LETZTEN 7 TAGEN SCHMERZEN HATTEST?

BITTE MACHE EIN KREUZ DURCH DIE ZAHL, DIE AM BESTEN PASST! BITTE GIB NUR EINE ZAHL AN!

0 ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 ..... 10

Keine  
Schmerzen

Stärkste  
Schmerzen

29. WENN DU SCHMERZEN HAST, HAST DU DANN NOCH ANDERE KÖRPERLICHE BESCHWERDEN?

Ja  Nein

WENN ICH SCHMERZEN HABE,

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> ist mir übel                               | <input type="radio"/> muss ich mich übergeben / erbrechen               |
| <input type="radio"/> stört mich helles Licht                    | <input type="radio"/> flimmert es mir vor den Augen                     |
| <input type="radio"/> stören mich laute Geräusche                | <input type="radio"/> ist mir schwindelig                               |
| <input type="radio"/> wird die Haut ganz rot oder weiß           | <input type="radio"/> wird die Stelle, wo es weh tut, dick              |
| <input type="radio"/> bin ich ganz müde oder fertig              | <input type="radio"/> muss ich oft zur Toilette                         |
| <input type="radio"/> hab ich ein komisches Gefühl in den Händen | <input type="radio"/> fühle ich mich komisch                            |
| <input type="radio"/> kann ich mich schlecht konzentrieren       | <input type="radio"/> riechen oder schmecken die Dinge anders als sonst |

Oder was noch?

.....

.....

.....

.....

.....



30. BEMERKST DU SCHON, BEVOR DIE SCHMERZEN DA SIND, DASS DU BALD WELCHE BEKOMMEN WIRST?

Ja  Nein

Falls ja, woran merkst Du, dass die Schmerzen bald anfangen werden (zum Beispiel: Ich bin müde; mir gehen bestimmte Gedanken durch den Kopf; meine Laune ist schlecht; ich fühle mich schlapp; ich kann mich nicht konzentrieren; ...)?

.....

.....

.....

.....

31. MIT DER FOLGENDEN LISTE VON EIGENSCHAFTSWÖRTERN KANNST DU GENAUER BESCHREIBEN, WIE DU DEINE SCHMERZEN EMPFINDEST. BITTE LASS KEINE DER BESCHREIBUNGEN AUS UND MACH IN JEDER ZEILE EIN KREUZ, INWIEWEIT DIE AUSSAGE FÜR DICH ZUTRIFFT.

**ICH EMPFINDE MEINE SCHMERZEN ALS...**

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
grausam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mörderisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
elend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schauderhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
scheußlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
marternd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
furchtbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unerträglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
brennend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pochend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
stechend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hämmernd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
drückend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pulsierend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## FAKTOREN, DIE DEN SCHMERZ BEEINFLUSSEN

32. WAS LINDERT DEINE SCHMERZEN? WAS MACHT SIE SCHLIMMER?

SITUATION	LINDERT	KEIN EINFLUSS	VERSCHLIMMERT
Körperliche Bewegung (z.B. Rennen, Fahrrad fahren, Sport...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Belastungen (z.B. Klassenarbeit, Streit...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ungünstige Körperhaltung (z.B. krummes Sitzen, langes Stehen...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufiges Aufstehen, Hinsetzen, Herumgehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich Ausruhen, Liegen, Ruhighalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		STIMMT	STIMMT NICHT
Meine Schmerzen können durch nichts verändert werden:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. WERDEN DEINE SCHMERZEN SCHLIMMER, WENN DU ...

	JA	NEIN		JA	NEIN
müde bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ärgerlich bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angespannt bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beschäftigt bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gelangweilt bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	einsam bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
glücklich bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	streitsam bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unglücklich bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	aufgeregt bist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. GIBT ES BESTIMMTE DINGE ODER EREIGNISSE, DIE DEINE SCHMERZEN AUSLÖSEN?

Ja  Nein

Falls ja, was löst Deine Schmerzen aus (zum Beispiel: zu wenig geschlafen, Aufregung vor einer Klassenarbeit, Hitze, Kälte, körperliche Anstrengung beim Sport, Wetterwechsel, Licht, Lärm, Ärger, Streit, lange am Computer spielen oder arbeiten, Fernsehen, Hektik, Schulprobleme, Wochenende oder Ferienbeginn, ...)?

.....

.....

.....

.....



## UMGANG MIT DEM SCHMERZ

35. WAS TUST DU, WENN DU SCHMERZEN HAST?

---

---

---

---

---

---

---

---

36. WAS TUN DEINE ELTERN, WENN DU SCHMERZEN HAST?

---

---

---

---

---

---

---

---

## DEINE ERWARTUNGEN

37. WAS WÜRD SICH ÄNDERN, WENN DU PLÖTZLICH KEINE SCHMERZEN MEHR HÄTTEST?

---

---

---

---

---

---

---

---



## DIE AUSWIRKUNGEN DER SCHMERZEN AUF DICH UND DEINEN ALLTAG

38. WENN DU SCHMERZEN HAST, WIE OFT STÖRTEN SIE DICH IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN BEI DEN FOLGENDEN BESCHÄFTIGUNGEN? UMKREISE BITTE DIE ZAHL, DIE DEINER MEINUNG NACH AM BESTEN PASST.

	NIEMALS	SELTEN	MANCHMAL	HÄUFIG	IMMER
Familienleben genießen	1	2	3	4	5
Essen/meinen Appetit	1	2	3	4	5
Freunde treffen	1	2	3	4	5
Sport	1	2	3	4	5
Schlafen	1	2	3	4	5
Fernsehen	1	2	3	4	5
Lesen	1	2	3	4	5
Hausaufgaben	1	2	3	4	5
Schulbesuch	1	2	3	4	5
Ins Kino gehen	1	2	3	4	5
Lieblingsbeschäftigung	1	2	3	4	5
Ungeliebte Beschäftigungen	1	2	3	4	5

Fällt Dir noch etwas anderes ein, wobei Dich Deine Schmerzen stören? Oder möchtest Du einen Punkt etwas ausführlicher beschreiben? Hier kannst Du es aufschreiben:

.....

.....

.....

39. HABEN DICH DEINE SCHMERZEN WÄHREND DER LETZTEN 3 MONATE VON DINGEN ABGEHALTEN, DIE DU TUN WOLLTEST (ZUM BEISPIEL: IN DEN URLAUB FAHREN ODER REITEN)?

Ja  Nein

Falls ja, was war das?

.....

.....

.....







## DEUTSCHES KINDERSCHMERZZENTRUM

VESTISCHE KINDER- UND JUGENDKLINIK DATTELN  
UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE

Die Kinderschmerzambulanz an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln – Universität Witten/Herdecke besteht seit Oktober 2002. Seit Januar 2012 ist sie ein wichtiger Teil des Deutschen Kinderschmerzzentrums.

Das Deutsche Kinderschmerzzentrum bietet Kindern und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen eine umfassende medizinisch-psychologische Versorgung, bestehend aus

- > medizinischer und psychologischer Schmerzdiagnostik
- > individuell ausgearbeiteten Therapieplänen
- > integrativen Schmerztherapieverfahren wie transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), Biofeedback etc.

Für die Mitarbeiter des Deutschen Kinderschmerzzentrums ist eine enge Zusammenarbeit mit

- > niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten sowie Hausärzten,
- > allen Fachbereichen der Kinderheilkunde (z.B. Gastroenterologie, Neurologie, Rheumatologie),
- > weiterführenden Fachdisziplinen (Orthopädie, Anästhesie etc.),
- > unterschiedlichen Berufsgruppen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern, Physiotherapeuten, Diätassistenten etc.) und komplementär-medicinischen Therapeuten (Homöopathie, Akupunktur etc.)

fester Bestandteil der Arbeit.

Neben der ambulanten Schmerztherapie bietet das Deutsche Kinderschmerzzentrum auch eine stationäre Behandlung für Kinder und Jugendliche mit sehr stark beeinträchtigenden chronischen Schmerzen auf der Station „Leuchtturm“ an. Dort werden Kinder und Jugendliche von einem interdisziplinären Team bestehend aus Ärzten, Psychologen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern, Erziehern, Sozialarbeitern und weiteren Therapeuten betreut. Die Kinder und Jugendlichen lernen auf der Station im Rahmen eines meist 3-wöchigen Behandlungsprogramms Schmerzbewältigungsstrategien. Spezielle Angebote, wie z. B. Krankengymnastik, Psychomotorik, Kunst- und Musiktherapie, begleitete Hospitationen der Familie im Klinikalltag, Belastungserprobungen sowie der Besuch der klinikeigenen Schule, komplettieren das stationäre therapeutische Konzept.


Im Juli 2008 wurde der „Vodafone Stiftungslehrstuhl für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin“ an der Universität Witten/Herdecke eingerichtet. Hier werden zahlreiche Forschungsarbeiten zu chronischen Schmerzen im Kindes- und Jugendalter durchgeführt.

### KONTAKT:

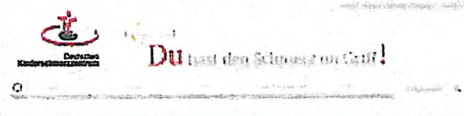
Deutsches Kinderschmerzzentrum  
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln  
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5  
45711 Datteln

Fon: 02363/975-180  
Fax: 02363/975-181

E-Mail: [info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de](mailto:info@deutsches-kinderschmerzzentrum.de)

 [www.facebook.com/  
deutscheskinderschmerzzentrum](http://www.facebook.com/deutscheskinderschmerzzentrum)

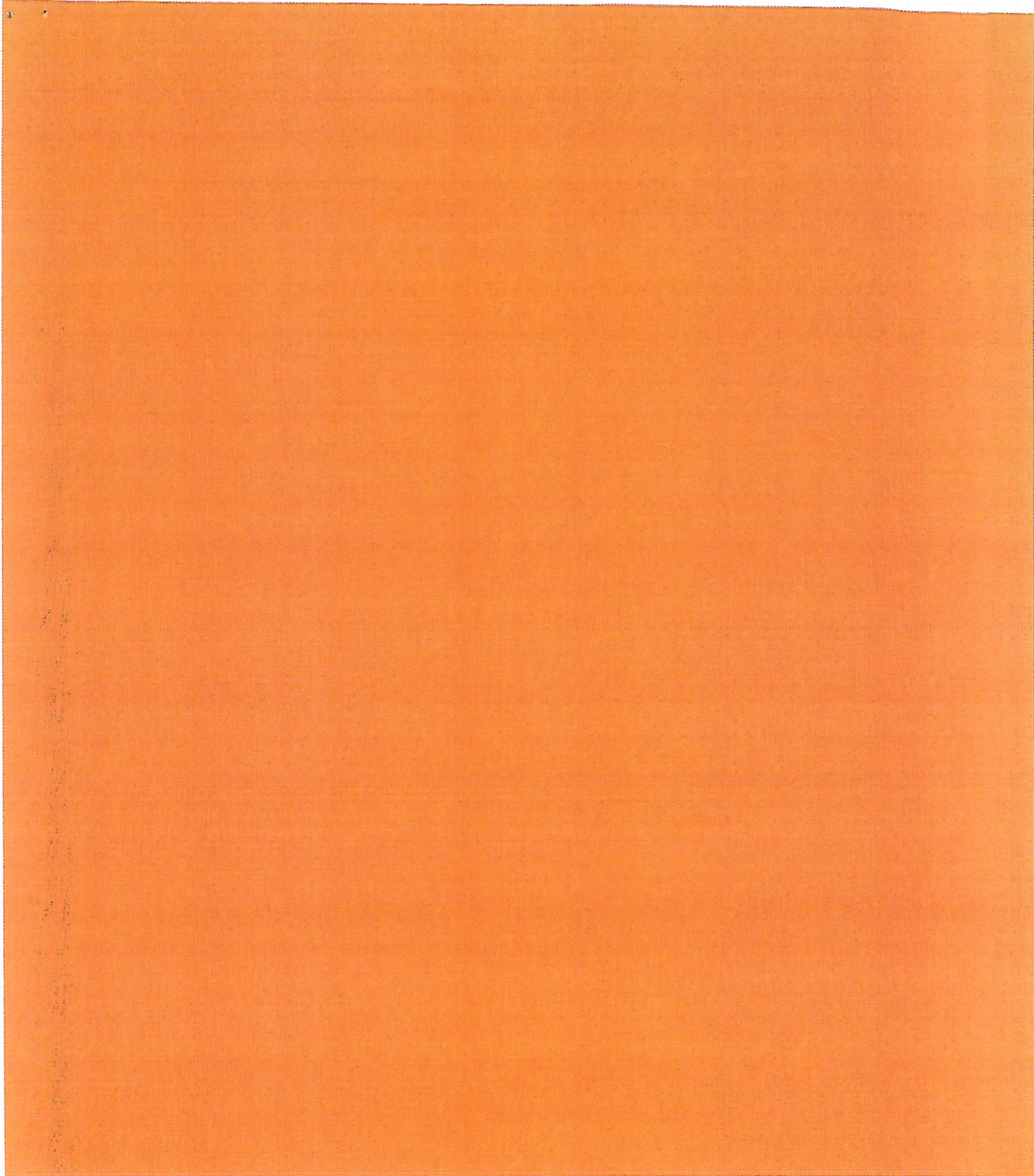
[WWW.DEUTSCHES-KINDERSCHMERZZENTRUM.DE](http://WWW.DEUTSCHES-KINDERSCHMERZZENTRUM.DE)



© 2012 Deutsche Kinderschmerzambulanz. Alle Rechte vorbehalten. Dieses Dokument ist ein Dokument der Deutschen Kinderschmerzambulanz. Die Inhalte sind ausschließlich für den persönlichen Gebrauch bestimmt und dürfen nicht weiterverbreitet werden.







Deutsches  
Kinderschmerzzentrum



Vestische Kinder- und  
Jugendklinik Datteln  
Universität Witten/Herdecke



universität  
Witten/Herdecke



TRÄGER:  
VESTISCHE CARITAS-KLINIKEN GMBH



Name, Vorname .....

Datum: .....

## P-PDI SELBSTAUSKUNFT

### DIE AUSWIRKUNGEN DER SCHMERZEN AUF DICH UND DEINEN ALLTAG

WENN DU SCHMERZEN HAST, WIE OFT STÖRTEN SIE DICH IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN BEI DEN FOLGENDEN BESCHÄFTIGUNGEN? UMKREISE BITTE DIE ZAHL, DIE DEINER MEINUNG NACH AM BESTEN PASST.

	NIEMALS	SELTEN	MANCHMAL	HÄUFIG	IMMER
Familienleben genießen	1	2	3	4	5
Essen/meinen Appetit	1	2	3	4	5
Freunde treffen	1	2	3	4	5
Sport	1	2	3	4	5
Schlafen	1	2	3	4	5
Fernsehen	1	2	3	4	5
Lesen	1	2	3	4	5
Hausaufgaben	1	2	3	4	5
Schulbesuch	1	2	3	4	5
Ins Kino gehen	1	2	3	4	5
Lieblingsbeschäftigung	1	2	3	4	5
Ungeliebte Beschäftigungen	1	2	3	4	5

Fällt Dir noch etwas anderes ein, wobei Dich Deine Schmerzen stören? Oder möchtest Du einen Punkt etwas ausführlicher beschreiben? Hier kannst Du es aufschreiben:

.....

.....

.....



Name, Vorname .....

Datum: .....

## DEUTSCHE FASSUNG DES PAEDIATRIC PAIN COPING INVENTORY (PPCI-REVISED)<sup>1</sup>

HIER IST EINE LISTE VON DINGEN, DIE KINDER MANCHMAL TUN, WENN SIE SCHMERZEN HABEN ODER IHNEN ETWAS WEH TUT. KREUZE BITTE JEDES MAL AN, OB DU DIESE BESCHRIEBENEN DINGE FAST NIE, MANCHMAL ODER HÄUFIG TUST. ACHTE BITTE DARAUF, DASS DU NEBEN JEDEM SATZ NUR EIN KREUZ MACHST.

Wenn ich Schmerzen habe oder mir etwas weh tut,	FAST NIE	MANCHMAL	OFT
1. gehe ich ins Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. frage ich nach Medikamenten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. möchte ich in den Arm genommen werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. suche ich jemanden, der meine Schmerzen versteht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. weine oder schreie ich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. reibe ich mir die schmerzende Stelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ermutige ich mich selbst, tapfer zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. sitzen meine Mutter, mein Vater, ein Freund oder eine Freundin bei mir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. versuche ich, nicht an den Schmerz zu denken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. atme ich tief durch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. denke ich an schöne Dinge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. rede ich mit jemandem darüber, was ich den Tag über gemacht habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. wünsche ich mir, dass die Schmerzen weggehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. hoffe ich, dass meine Schmerzen nicht schlimmer werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. stelle ich mir in Gedanken vor, wie ich selbst die Schmerzen vertreibe oder verschwinden lasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. sage ich mir selbst, dass es mir bald wieder gut geht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. lege ich mich hin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. sage ich meiner Mutter oder meinem Vater Bescheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. bitte ich jemanden, bei mir zu bleiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. weiß ich, dass ich um etwas bitten kann, das die Schmerzen verringert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. bitte ich jemanden, mir zu erklären, warum ich Schmerzen habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. tue ich etwas Kaltes oder etwas Warmes auf die schmerzende Stelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. schlafe ich bis die Schmerzen weggehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. drücke ich die Hand einer anderen Person oder etwas anderes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. bitte ich jemanden, mir zu erzählen, dass die Schmerzen weggehen und es mir besser gehen wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>