

# Vorbehandlung

In dieser Umfrage sind 25 Fragen enthalten.

## Vorbehandlung

Wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht oder behandelt**?

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

Von **wem** wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht oder behandelt**?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- anderer Vorbehandelnder  
 Schmerztherapeut  
 Physiotherapeut  
 Internist  
 Radiologe  
 Orthopäde  
 Heilpraktiker  
 Psychotherapeut  
 Neurologe  
 Chirurg  
 Psychiater  
 Neurochirurg  
 Allgemeinarzt

Bitte geben Sie **alle** Behandelnden an, von denen Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen untersucht oder behandelt wurden.

Von welchem/welchen **anderen Vorbehandelnden** wurden Sie wegen Ihrer Schmerzen untersucht oder behandelt?

\*

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Bitte **beschreiben** Sie den/die anderen Vorbehandelnden **kurz**.

Wurden bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt?

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

Welche **Schmerzdiagnose** wurde bei Ihnen bereits gestellt?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Fibromyalgie  
 rheumatoide Arthritis  
 Zoster-Neuralgie  
 Tumorschmerzen  
 CRPS  
 Gesichts- / Kopfschmerzen  
 diabetische Neuropathie  
 andere Neuropathie  
 Rückenschmerzen  
 Osteoarthrose  
 anderer Schmerzdiagnose

Bitte geben Sie **alle** Schmerzdiagnosen an, die bei Ihnen bereits gestellt wurden.

Welche **andere/-n Schmerzdiagnose/-n** wurde bei Ihnen bereits gestellt?

\*

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Bitte **nennen oder beschreiben** Sie die andere/-n Schmerzdiagnose/-n **kurz**.

Wurden Ihre Schmerzen bisher **behandelt**?

\*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja  
 Nein

Mit **welchen Behandlungsmaßnahmen** wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Medikamente  
 Operationen  
 Infusionen  
 Einspritzungen in das Schmerzgebiet  
 Einspritzungen am Rückenmark  
 Rückenmarksnahe Sonden / Pumpen  
 Krankengymnastik  
 Massagen, Bäder, Kälte- / Wärmetherapie  
 Elektrische Nervenstimulation  
 Akupunktur  
 Chiropraktik  
 Psychotherapie  
 Entspannungsverfahren  
 Medikamentenentzug  
 Kur- / Rehabehandlung  
 andere Behandlungsmaßnahme

Wählen Sie bitte **alle** der aufgeführten Behandlungsmaßnahmen aus, die Sie erhalten haben.

War die Schmerzbehandlung mit **Medikamenten wirksam?** \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nein
- ja, mäßig
- ja, sehr

War die Schmerzbehandlung mit **Operationen wirksam?** \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nein
- ja, mäßig
- ja, sehr

War die Schmerzbehandlung mit **Infusionen wirksam?** \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nein
- ja, mäßig
- ja, sehr

War die Schmerzbehandlung mit **Einspritzungen in das Schmerzgebiet wirksam?** \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nein
- ja, mäßig
- ja, sehr

War die Schmerzbehandlung mit **Einspritzungen am Rückenmark wirksam?** \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nein
- ja, mäßig
- ja, sehr

War die Schmerzbehandlung mit **rückenmarksnahen Sonden / Pumpen wirksam?** \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nein
- ja, mäßig
- ja, sehr

War die Schmerzbehandlung mit **Krankengymnastik wirksam?** \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nein
- ja, mäßig
- ja, sehr

War die Schmerzbehandlung mit **Massagen, Bädern oder Kälte- / Wärmetherapie wirksam?** \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nein
- ja, mäßig
- ja, sehr

War die Schmerzbehandlung mit **elektrischer Nervenstimulation wirksam?** \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nein
- ja, mäßig
- ja, sehr

War die Schmerzbehandlung mit **Akupunktur wirksam?** \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nein
- ja, mäßig
- ja, sehr

War die Schmerzbehandlung mit **Chiropraktik wirksam?** \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nein
- ja, mäßig
- ja, sehr

War die Schmerzbehandlung mit **Psychotherapie wirksam?** \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nein
- ja, mäßig
- ja, sehr

War die Schmerzbehandlung mit **Entspannungsverfahren wirksam?** \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nein
- ja, mäßig
- ja, sehr

War die Schmerzbehandlung mit **Medikamentenentzug wirksam?** \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nein
- ja, mäßig
- ja, sehr

War die Schmerzbehandlung mit **Kur- / Rehabehandlung wirksam?** \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nein
- ja, mäßig
- ja, sehr

Welche **andere/-n Behandlungsmaßnahme/-n** haben Sie erhalten? \*

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Bitte **nennen oder beschreiben** Sie die andere/-n Behandlungsmaßnahme/-n **kurz**.

War die Schmerzbehandlung mit der/den **anderen Behandlungsmaßnahme/-n wirksam?** \*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- nein
- ja, mäßig
- ja, sehr

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:  
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.