

VERLAUF

Name

Termin



DEUTSCHER  
SCHMERZFRAGEBOGEN  
FÜR KINDER  
UND JUGENDLICHE



BOGEN  
FÜR ELTERN

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](https://www.facebook.com/DeutschesKinderschmerzzentrum)

DSF-KJ Eltern Verlauf, Version 3.0

© Prof. Dr. B. Zernikow, Datteln

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



Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll uns helfen zu erfahren, wie es Ihrem Kind seit unserem letzten Treffen ergangen ist.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an uns.

**Ihr Schmerzteam**

## ALLGEMEINE DATEN ZUM KIND UND SEINER FAMILIE INFORMATIONEN ÜBER DIE ELTERN

1. HEUTIGES DATUM:

2. DER BOGEN WIRD AUSGEFÜLLT VON:

Mutter

Vater

andere:

## DATEN DES KINDES

3. NAME:

4. ALTER:

5. GEBURTSDATUM:

## DIE SCHMERZTHERAPIE IHRES KINDES

6. HAT SICH DIE SCHMERZSITUATION IHRES KINDES IM VERGLEICH ZU UNSEREM LETZTEN TREFFEN AUS IHRER SICHT VERÄNDERT?

a) Mein Kind hatte ...

- im letzten Monat Schmerzen
- seit mehr als einem Monat keine Schmerzen mehr

Seit wann genau hat Ihr Kind keine Schmerzen mehr?

Wenn ihr Kind **keine Schmerzen** mehr hatte, ist nur noch ein Teil der nachfolgenden Fragen auszufüllen.

- Seit 1 – 2 Monaten Bitte beantworten Sie die Fragen 7 bis einschließlich 13.
- Seit 2 – 3 Monaten Bitte beantworten Sie die Fragen 7 bis einschließlich 13.
- Länger als 3 Monate Bitte beantworten Sie die Frage 7.

Wenn Ihr Kind noch Schmerzen hat, beantworten Sie bitte alle weiteren Fragen.

b) Im Vergleich zu unserem letzten Treffen hat mein Kind ...

- viel seltener Schmerzen  etwas seltener Schmerzen
- Schmerzen gleich häufig wie bei unserem letzten Treffen
- etwas häufiger Schmerzen  viel häufiger Schmerzen

c) Im Vergleich zu unserem letzten Treffen hat mein Kind ...

- viel schwächere Schmerzen  etwas schwächere Schmerzen
- Schmerzen gleich stark wie bei unserem letzten Treffen
- etwas stärkere Schmerzen  viel stärkere Schmerzen

7. WIE ZUFRIEDEN SIND SIE MIT DER SCHMERZTHERAPIE, DIE IHR KIND ERHÄLT? BERÜCKSICHTIGEN SIE DABEI BITTE NEBEN DER SCHMERZLINDERUNG AUCH WEITERE SYMPTOME, MÖGLICHE NEBENWIRKUNGEN, WIE IHR KIND SICH KÖRPERLICH UND EMOTIONAL FÜHLT UND WIE SEIN LEBEN IN DER FAMILIE UND SCHULE FUNKTIONIERT.

Mit den Zahlen können Sie angeben, wie zufrieden Sie mit der Schmerztherapie Ihres Kindes sind: **0** bedeutet, dass Sie sehr unzufrieden sind. **10** bedeutet, dass Sie sehr zufrieden mit der Schmerztherapie Ihres Kindes sind.

BITTE KREUZEN SIE DIE ENTSPRECHENDE ZAHL AN! BITTE GEBEN SIE **NUR EINE** ZAHL AN!

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

sehr  
unzufrieden

sehr  
zufrieden

BITTE BESCHREIBEN SIE UNS IHRE GRÜNDE FÜR DIESE EINSCHÄTZUNG IHRER ZUFRIEDENHEIT:

.....

.....

.....

.....

.....

## SCHMERZSITUATION IN DEN LETZTEN 3 MONATEN

8. WIE HÄUFIG HABEN SIE IN DEN **LETZTEN 3 MONATEN** EINEN ARZT/THERAPEUTEN WEGEN DER SCHMERZEN IHRES KINDES AUFGESUCHT?

nie

ca. .... Termine in den letzten 3 Monaten

9. HAT IHR KIND IN DEN LETZTEN 3 MONATEN MEDIKAMENTE GEGEN DIE SCHMERZEN EINGENOMMEN?

Ja  Nein

Falls ja, bitte tragen Sie 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>1x</i>	<i>3 Tage pro Monat</i>	<i>3</i>

10. HAT IHR KIND IN DEN LETZTEN 3 MONATEN WEITERE BEHANDLUNGEN GEGEN DIE SCHMERZEN DURCHGEFÜHRT (zum Beispiel: Entspannungsverfahren, Akupunktur, Elektrische Nervenstimulation (TENS), Krankengymnastik, Massagen, Psychotherapie, Injektionen, Nervenblockaden, Kur-/Rehabilitationsmaßnahmen, Operationen)?

Ja  Nein

Falls ja, bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein:

ZEITRAUM	BEHANDLUNG	WIE WIRKSAM? 1 = nicht wirksam 2 = wenig wirksam 3 = gut wirksam
<i>Beispiel: Oktober–Dezember 2008</i>	<i>Entspannungsverfahren erlernt</i>	<i>3</i>

11. HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND IN DEN **LETZTEN 3 MONATEN** VON DINGEN ABGEHALTEN, DIE ES TUN WOLLTE (ZUM BEISPIEL IN DEN URLAUB FAHREN ODER REITEN)?

- Ja  Nein

**Falls ja,** bitte erläutern Sie:

.....

.....

.....

12. HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND IN DEN **LETZTEN 3 MONATEN VOM SCHULBESUCH (ODER KINDERGARTENBESUCH) ABGEHALTEN?**

- Nein  Ja, nämlich an ..... Tagen ging es gar nicht in die Schule/den Kindergarten

13. HABEN DIE SCHMERZEN IHRES KINDES IN DEN **LETZTEN 3 MONATEN** DAZU GEFÜHRT, DASS ES VORZEITIG DEN UNTERRICHT (ODER KINDERGARTEN) VERLASSEN MUSSTE ODER SPÄTER ZUM UNTERRICHT (ODER KINDERGARTEN) KAM?

- Nein  Ja, nämlich an ..... Tagen verließ es vorzeitig den Unterricht (Kindergarten)/konnte es erst später gehen

Wenn Ihr Kind **keine Schmerzen** mehr hat, müssen Sie die folgenden Fragen nicht mehr beantworten.

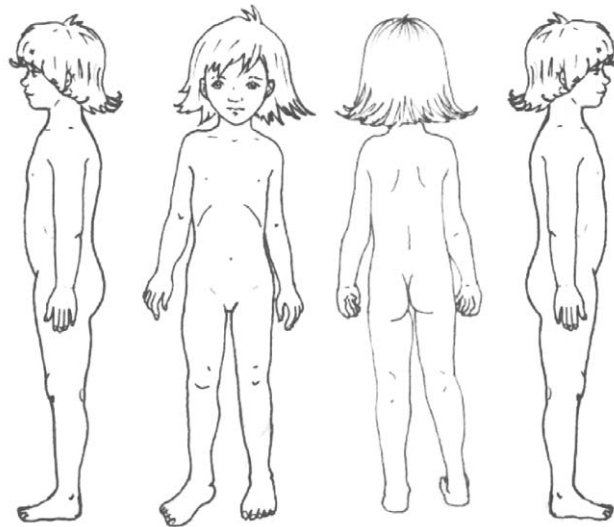
## DIE SCHMERZCHARAKTERISTIK IHRES KINDES

### AKTUELLE SCHMERZSITUATION

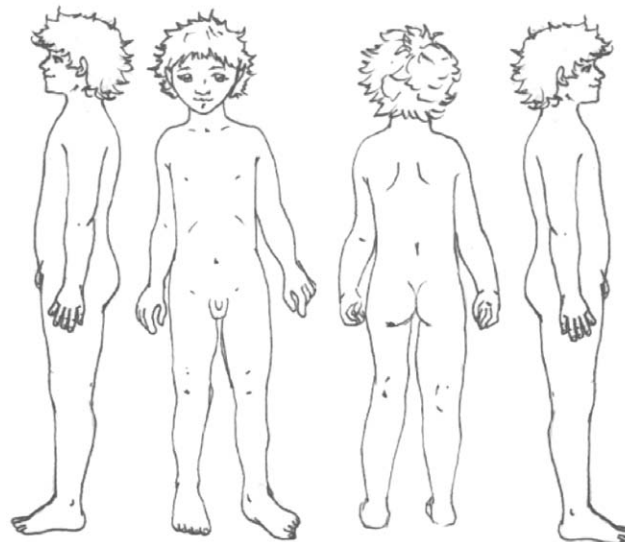
14. BITTE KREUZEN („X“) SIE DIE STELLEN AN, AN DENEN IHR KIND SCHMERZEN HAT.

15. BITTE ZEICHNEN SIE ZUSÄTZLICH EINEN KREIS (○) AN DIE STELLE, AN DER IHR KIND DIE **HAUPTSCHMERZEN** HAT.

MÄDCHEN



JUNGEN

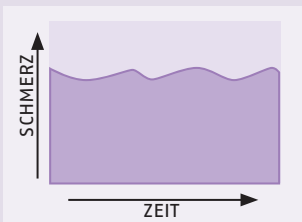


16. WIE HÄUFIG TRETEN DIE **HAUPTSCHMERZEN** (DIE MIT DEM KREIS ○) BEI IHREM KIND AUF?

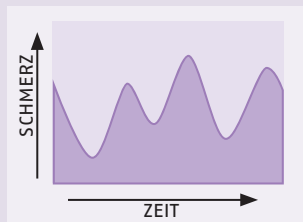
- |  |  |                               |
|--|--|-------------------------------|
| <input type="radio"/> einmal pro Jahr  | <input type="radio"/> mehrmals pro Jahr  |                               |
| <input type="radio"/> einmal pro Monat | <input type="radio"/> mehrmals pro Monat |               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



17. WELCHES BILD PASST AM BESTEN ZU DEN HAUPTSCHMERZEN IHRES KINDES IN DEN LETZTEN 7 TAGEN?



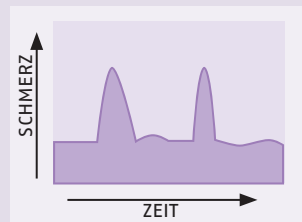
Mein Kind hat dauernd Schmerzen. Die Stärke der Schmerzen schwankt nur wenig.



Mein Kind hat dauernd Schmerzen. Die Stärke der Schmerzen schwankt sehr stark.



Die Schmerzen meines Kindes kommen immer wieder, d.h. sie treten phasenweise oder in Attacken auf. Es gibt auch Zeiten ohne Schmerzen.



Mein Kind hat dauernd Schmerzen. Zwischen-durch treten auch zusätzliche, stärkere Schmerz-attacken auf.

18. WIE LANGE DAUERN DIE HAUPTSCHMERZEN IHRES KINDES MEISTENS AN?

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

Im Folgenden möchten wir gerne ein bisschen mehr über die **Hauptschmerzen** Ihres Kindes erfahren, d.h. die Schmerzen die Sie in der Körperabbildung mit einem Kreis markiert haben.

Mit den Zahlen können Sie angeben, wie stark die Schmerzen Ihres Kindes sind: **0** bedeutet, dass Ihr Kind keine Schmerzen hat. Bei **1** beginnt ein leichter Schmerz und wird bei den folgenden Zahlen immer stärker bis hin zur **10**. **10** bedeutet, dass Ihr Kind die stärksten Schmerzen hat.

BITTE DENKEN SIE BEI DEN NÄCHSTEN DREI FRAGEN AN DIE **LETZTEN 4 WOCHEN**.

19. WIE STARK WAREN DIE **STÄRKSTEN** SCHMERZEN IHRES KINDES IN DEN **LETZTEN 4 WOCHEN**?

BITTE KREUZEN SIE DIE ENTSPRECHENDE ZAHL AN! BITTE GEBEN SIE NUR **EINE ZAHL** AN!

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

Keine Schmerzen

Stärkste Schmerzen

20. WENN IHR KIND SEINE HAUPTSCHMERZEN HATTE, WIE STARK, DENKEN SIE, WAREN DIESE SCHMERZEN DANN MEISTENS IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN?

BITTE KREUZEN SIE DIE ENTSPRECHENDE ZAHL AN! BITTE GEBEN SIE NUR EINE ZAHL AN!

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

Keine  
Schmerzen

Stärkste  
Schmerzen

21. HATTE IHR KIND IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN DAUERND SCHMERZEN (DAS HEISST, DIE SCHMERZEN WAREN IMMER DA UND NIE WEG)?

- Ja, die Schmerzen meines Kindes waren immer da und nie weg
- Nein, die Schmerzen waren manchmal da und manchmal weg

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

22. WIE STARK WAREN DIE STÄRKSTEN SCHMERZEN IHRES KINDES IN DEN LETZTEN 7 TAGEN?

BITTE KREUZEN SIE DIE ENTSPRECHENDE ZAHL AN! BITTE GEBEN SIE NUR EINE ZAHL AN!

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

Keine  
Schmerzen

Stärkste  
Schmerzen

23. WENN IHR KIND SEINE HAUPTSCHMERZEN HATTE, WIE STARK, DENKEN SIE, WAREN DIESE SCHMERZEN DANN MEISTENS IN DEN LETZTEN 7 TAGEN?

BITTE KREUZEN SIE DIE ENTSPRECHENDE ZAHL AN! BITTE GEBEN SIE NUR EINE ZAHL AN!

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

Keine  
Schmerzen

Stärkste  
Schmerzen

24. HATTE IHR KIND IN DEN LETZTEN 7 TAGEN DAUERND SCHMERZEN (DAS HEISST, DIE SCHMERZEN WAREN IMMER DA UND NIE WEG)?

- Ja, die Schmerzen meines Kindes waren immer da und nie weg
- Nein, die Schmerzen waren manchmal da und manchmal weg

25. MIT DER FOLGENDEN LISTE VON EIGENSCHAFTSWÖRTERN KÖNNEN SIE DIE SCHMERZEN IHRES KINDES GENAUER BESCHREIBEN. BITTE LASSEN SIE KEINE DER BESCHREIBUNGEN AUS UND MACHEN SIE **IN JEDER ZEILE EIN KREUZ**, INWIEWEIT DIE AUSSAGE IHRER MEINUNG NACH AUF IHR KIND ZUTRIFFT.

DIE SCHMERZEN MEINES KINDES SIND MEINER MEINUNG NACH...				
	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"/>

## UMGANG MIT DEM SCHMERZ

26. WAS MACHT IHR KIND, WENN ES SCHMERZEN HAT?

.....

.....

.....

27. WAS MACHEN SIE, WENN IHR KIND SCHMERZEN HAT?

.....

.....

.....

# ALLGEMEINE UND KÖRPERLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN DURCH DIE SCHMERZEN

28. WELCHE DER FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IHRES KINDES WURDEN IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN DURCH DIE SCHMERZEN BEHINDERT? BITTE UMKREISEN SIE DIE JEWEILS AM EHESTEN ZUTREFFENDE ZIFFER (in Klammern stehen Alternativen für Vorschulkinder):

	NIEMALS	SELTEN	MANCHMAL	HÄUFIG	IMMER
Familienleben genießen	1	2	3	4	5
Essen/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 (oder: Malen, Basteln)	1	2	3	4	5
Schulbesuch (oder: Kindergarten)	1	2	3	4	5
Ins Kino gehen (oder: zum Spielplatz)	1	2	3	4	5
Lieblingsbeschäftigung	1	2	3	4	5
Ungeliebte Beschäftigungen	1	2	3	4	5

GIBT ES NOCH ANDERE SITUATIONEN, BEI DENEN DIE SCHMERZEN IHR KIND BEHINDERN ODER BEEINTRÄCHTIGEN? ODER MÖCHTEN SIE EINEN PUNKT ETWAS AUSFÜHRLICHER BESCHREIBEN?

.....

.....

.....

29. HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND WÄHREND DER **LETZTEN 7 TAGE VON ANSTRENGENDEN** KÖRPERLICHEN AKTIVITÄTEN ABGEHALTEN, WIE ZUM BEISPIEL RENNEN, RADFAHREN, HEBEN SCHWERER GEGENSTÄNDE ODER DER TEILNAHME AN ANSTRENGENDEN SPORTARTEN?

Nein  Ja, nämlich ca. an ..... Tagen

30. HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND WÄHREND DER **LETZTEN 7 TAGE VON GEMÄSSIGTEN** KÖRPERLICHEN AKTIVITÄTEN ABGEHALTEN, WIE ZUM BEISPIEL MEHRERE ETAGEN TREPPENSTEIGEN, BÜCKEN, SCHNELLES GEHEN ODER HEBEN?

Nein  Ja, nämlich ca. an ..... Tagen

31. HABEN DIE SCHMERZEN IHR KIND WÄHREND DER **LETZTEN 7 TAGE VON LEICHTEN** KÖRPERLICHEN AKTIVITÄTEN ABGEHALTEN, WIE ZUM BEISPIEL GEHEN, SITZEN ODER STEHEN?

Nein  Ja, nämlich ca. an ..... Tagen



# 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, Belastungsproben 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](https://www.facebook.com/deutscheskinderschmerzzentrum)

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



