

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, damit man sich ein Bild machen kann, wie stark die Behinderung ist:

Wenn Sie sich unsicher oder nicht recht wissen, was Sie ankreuzen sollen, bitte rufen Sie an (siehe ganz am Ende).

Name, Anschrift:

.....

Bitte machen Sie Angaben zu Schmerzen. Bitte benutzen Sie bei der Beschreibung die Stärkeskala von 0 bis 10. Dabei gilt:

Stufe 0: Schmerzfreiheit

Stufe 4: Schmerzen in der Stärke, dass ich schlecht einschlafe.

Stufe 7: Ständige Schmerzen, die ich auch nicht "wegdrücken" kann, indem ich mich auf etwas anderes konzentriere.

Stufe 10: Ich kann nicht mehr, mein Leben besteht nur noch aus Schmerzen.

Wenn es *zusätzlich stechende* Schmerzen gibt, macht man hinter die Zahl: Für
.....leichtes, wenig zusätzlich störendes Stechen: einen Stern " * "

....mittleres, häufiges zusätzliches Stechen zwei Sterne " ** "

....für starkes, zum sofortige Anhalten führendes Stechen: drei Sterne " *** "

*Beispiel: Ständig mäßige Schmerzen, dazu am Tag 4-8 mal kräftige Stiche, danach kann man aber gleich wieder weitergehen wäre: 3***

Es geht los:

Haben Sie einen Schwerbehindertenbescheid? (X) Nein () Ja. Kopie
schicke ich mit.

1.) Was ist Ihre Arbeitshand?

(X) Rechts () Links

2.) Wo sitzt der Schmerz vor allem? (das heißt: Wo ist es am schlimmsten?)

- links rechts
 Schulter Oberarm Ellbogen Unterarm
 Handgelenk Handfläche/Handrücken Daumen Zeigefinger
 Mittelfinger Ringfinger kleiner Finger

3.) Bitte beschreiben Sie: Welcher Art ist der Schmerz dort-?

- ziehend drückend stechend brennend juckend
 bohrend tobend
 wird bei Belastung schlimmer.
Schmerzstärke in Ruhestellung (auf der Skala von 0 – 10, siehe S. 1!)

4.) Es gibt Leute, die haben an mehreren Stellen im Bereich Schulter/Arm/Hand Schmerzen. Sie auch-?

- Nein. (Dann gehen Sie gleich zur Frage Nummer 6)
 Ja: Dann:

a.) Wo denn noch?

- links rechts
 Schulter Oberarm Ellbogen Unterarm
 Handgelenk Handfläche/Handrücken Daumen Zeigefinger
 Mittelfinger Ringfinger kleiner Finger

b.) Bitte beschreiben Sie: Welcher Art ist der Schmerz dort-?

- ziehend drückend stechend brennend juckend
 bohrend tobend
 wird bei Belastung schlimmer.
Schmerzstärke in Ruhestellung (auf der Skala von 0 – 10, siehe S. 1!)

5.) Haben sie noch eine dritte schmerzhafte Stelle im Bereich Schulter/Arm/Hand Schmerzen?

- Nein. (Dann gehen Sie gleich zur Frage Nummer 6)
 Ja: Dann:

a.) Wo denn noch?

- links rechts
 Schulter Oberarm Ellbogen Unterarm
 Handgelenk Handfläche/Handrücken Daumen Zeigefinger
 Mittelfinger Ringfinger kleiner Finger

b.) Bitte beschreiben Sie: Welcher Art ist der Schmerz dort-?

- ziehend drückend stechend brennend juckend
 bohrend tobend
 wird bei Belastung schlimmer.
 Schmerzstärke in Ruhestellung (auf der Skala von 0 – 10, siehe S. 1!)

Bitte beschreiben Sie, ob und wie Sie die folgenden Tätigkeiten verrichten können. Dabei setzen Sie Zahlen als Antwort ein. Es bedeuten:

- (1) = Geht gar nicht oder tut so weh, dass ich es nicht mache.
 (2) = Geht einige Sekunden lang gegen Schmerzen
 (3) = geht mit Schwierigkeiten oder gegen Schmerzen
 (4) = geht mit leichten Einschränkungen
 (5) = geht besser als (1) – (4)

- (1) vollen Kasten Mineralwasser (12 Flaschen) tragen
Geht auch nicht, wenn der Kasten leer ist. Grenze: 2-3 kg.
 Wenn es dabei weh tut: Wo genau-?

.....

- Frühstücksgeschirr in einen Hängeschrank – Fachhöhe: 1,5 Meter räumen
 Gemüse mit dem Messer in Scheiben schneiden (z.B. Karotten oder rohe Kartoffeln)
 Putzlappen auswinden

- () Sessel verschieben (mit Einsatz der Arme, nicht mit dem Bauch!)
- () Teppich zusammenrollen
- () Schraubverschluss an einem Gurkenglas aufdrehen
- () Folienverschluss – wie bei Getränkekartons- aufziehen
- () groben Schmutz von Schuhen bürsten
- () mit der Hand eine DIN A-4-Seite schreiben.
- () Zehennägel schneiden
- () die eigenen Haare waschen, fönen
- () den eigenen Rücken waschen
- () In einen Anorak schlüpfen (ohne Hilfe)
- () Schnee räumen oder Rasenmähen (1 Stunde lang)

Danke. Sie haben uns geholfen. Wir können uns jetzt besser vorstellen, welche Beschwerden Sie haben. Bitte füllen Sie noch aus:

Datum:

Unterschrift.....