



Fibromyalgie Verein Bayern e.V.

Fragebogen Selbsteinschätzung meiner Gesundheit

Für das Arztgespräch

Angaben zur Person

Vorname

Name

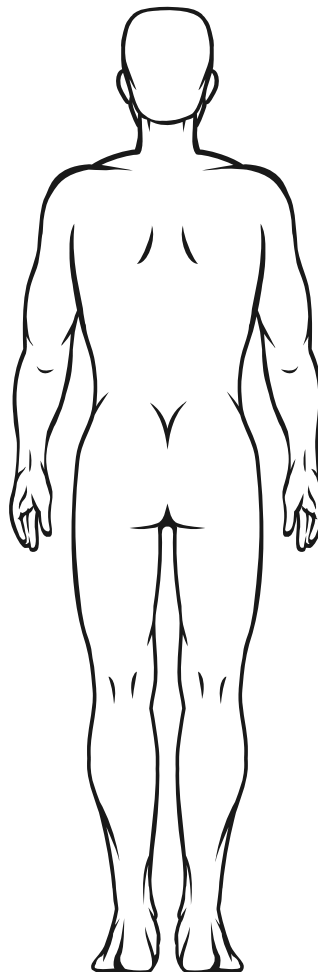
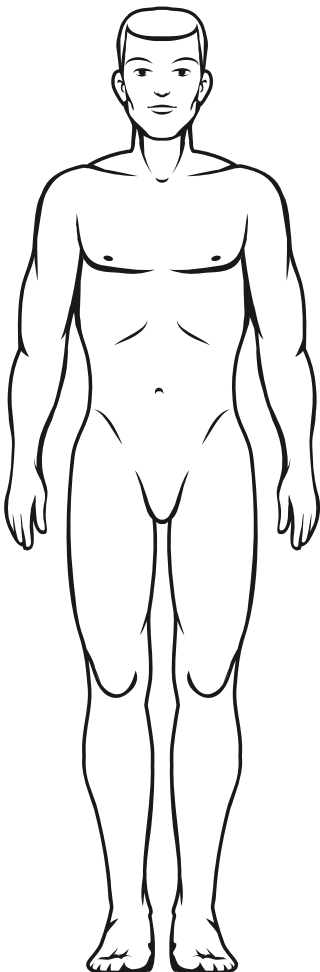
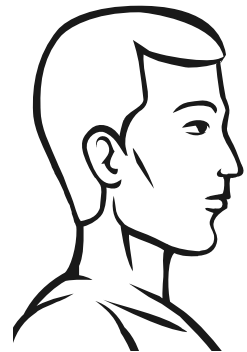
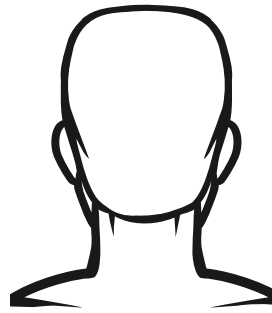
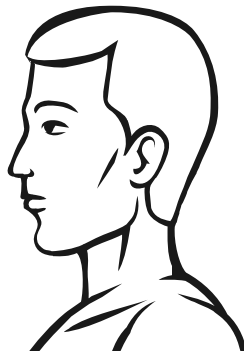
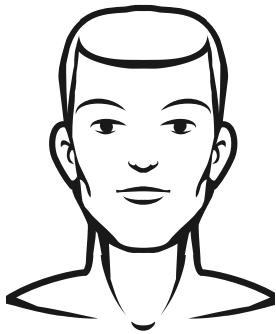
Geburtsdatum



Fibromyalgie Verein Bayern e. V.
c/o Claudia Dext, Esebeckstraße 17, 80637 München
Telefon (089) 14 90 36 62, info@fibromyalgie-bayern.de
www.fibromyalgie-bayern.de

1. Schmerzzonen am Körper

Markieren Sie Ihre derzeitigen Schmerzzonen



2. Schmerzsymptomatik

2.1. Seit wann bestehen die Schmerzen?

Zeitraum

Weniger als 1 Monat	☐
1 Monat bis 6 Monate	☐
6 Monate bis 1 Jahr	☐
1 bis 2 Jahre	☐
Mehr als 2 Jahre	☐

2.2. Wie empfinden Sie Ihre Schmerzen?

Aktuelle Situation

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Kein Schmerz								10 = starker Schmerz		

Bitte beantworten Sie jede Aussage in der nachfolgenden Tabelle!

Empfindung	sehr zutreffend	weitgehend zutreffend	weniger zutreffend	nicht zutreffend
stechend	☐	☐	☐	☐
ziehend	☐	☐	☐	☐
brennend	☐	☐	☐	☐
heiß	☐	☐	☐	☐
drückend	☐	☐	☐	☐
klopfend	☐	☐	☐	☐
dumpf	☐	☐	☐	☐
pochend	☐	☐	☐	☐

2.3. Was trägt zur Schmerzlinderung bei?

Wie z.B. Wärme, Kälte, Entspannung...

Schmerzlinderung

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

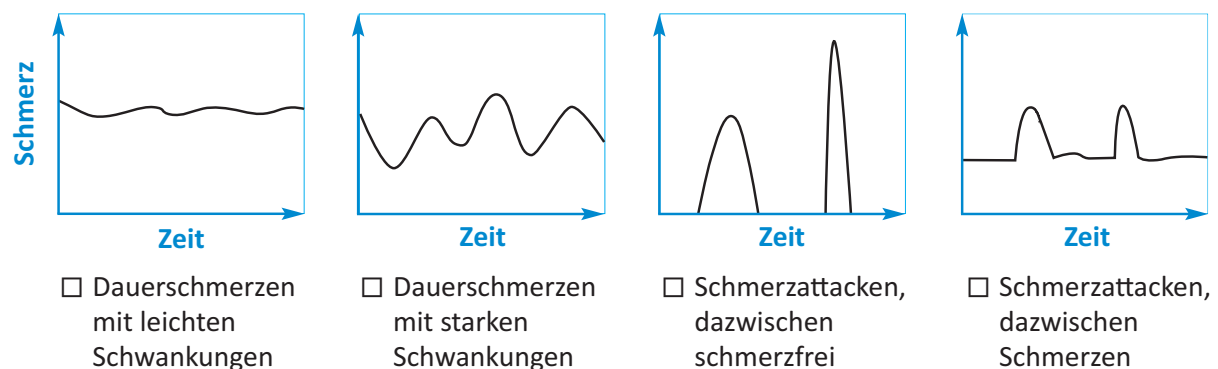
2.4. Was verschlimmert Ihre Schmerzen?

wie z.B. Stress, körperliche Anstrengung...

Schmerzverschlimmerung

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

2.5. Schmerzverlauf



3. Begleitsymptomatik

Bitte beantworten Sie jede Aussage in der nachfolgenden Tabelle!

Begleitsymptome	sehr zutreffend	weitgehend zutreffend	weniger zutreffend	nicht zutreffend
Großflächige Muskel- und Sehnenschmerzen	☐	☐	☐	☐
Starke Druckschmerzempfindlichkeit	☐	☐	☐	☐
Häufige Kopfschmerzen	☐	☐	☐	☐
Reizdarm	☐	☐	☐	☐
Reizblase	☐	☐	☐	☐
Kreislaufprobleme	☐	☐	☐	☐
Kälte- und Hitzeempfindlichkeit	☐	☐	☐	☐
Lavierte Depressionen	☐	☐	☐	☐
Ängste und Panikattacken	☐	☐	☐	☐
Konzentrationsstörungen	☐	☐	☐	☐
Müdigkeit und Erschöpfung	☐	☐	☐	☐
Ein- und Durchschlafstörungen	☐	☐	☐	☐
Kein erholsamer Schlaf	☐	☐	☐	☐
Restless legs	☐	☐	☐	☐

4. Weitere Erkrankungen bzw. Vorerkrankungen

Erkrankungen

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

5. Schlaf

Bitte beantworten Sie jede Aussage in der nachfolgenden Tabelle! Ergänzen Sie ggf. die Leerzeilen!

Schlafqualität	sehr zutreffend	weitgehend zutreffend	weniger zutreffend	nicht zutreffend
Schlafen Sie schlecht ein	☐	☐	☐	☐
Wachen Sie nachts auf	☐	☐	☐	☐
Nicht erholsamer Schlaf	☐	☐	☐	☐
Tagesmüdigkeit	☐	☐	☐	☐
Erschöpfung am Tage	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

6. Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

7. Lebensqualität

Bitte beantworten Sie jede Aussage in der nachfolgenden Tabelle! Ergänzen Sie ggf. die Leerzeilen!

Wohlbefinden	sehr zutreffend	weitgehend zutreffend	weniger zutreffend	nicht zutreffend
Die alltäglichen Arbeiten fallen mir schwer?	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeitsleistung ist eingeschränkt?	☐	☐	☐	☐
Die an mich gestellten Anforderungen fallen mir schwer?	☐	☐	☐	☐
Den beruflichen Anforderungen bin ich nicht mehr gewachsen?	☐	☐	☐	☐
Erschöpfung am Tage	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

8. Eigene Notizen

Fibromyalgie Verein Bayern e.V.

c/o Claudia Dextl, Eisebeckstraße 17, 80637 München

Telefon (089) 14 90 36 62, info@fibromyalgie-bayern.de, www.fibromyalgie-bayern.de

Vereinsregister AG München VR-Nr. 207100 | Die Gemeinnützigkeit wurde durch das Finanzamt München für Körperschaften unter Steuer-Nr. 143/214/32582 zuerkannt.

Der Verein wird durch die Fördergemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern gefördert.

Bild- und Quellennachweis: Bilder von Fotolia by Adobe. S1: ©Naturestock und WavebreakMediaMicro, S2: © Neyro

Stand 08.2019