

Dr. Gino Accinelli

Dr. Gino Accinelli

Specialista in Fisiopatologia e Terap. del Dolore e Anest-Rian.

Facharzt für Physiopat. u. Schmerz therapie Anaesth./Wiederb.

c/o Amb. Paracelsus Via Col di Lana 14B, 39100 Bolzano

c/o Amb. Paracelsus, Via Col di Lana 14B, 39100 Bozen

Cell. 334 3157484

Cell. 334 3157484

www.ildolore.bz.it

p.iva 02642110213

www.ildolore.bz.it

MwSt. 02642110213

Prot. N°

Questionario per il paziente con dolore/Fragebogen für Schmerzpatienten

Egredi Pazienti/ Sehr geeherte Patienten

Le seguenti domande riguardano la vostra persona e la storia del vostro dolore.

Assieme alla cartella clinica ed agli esami diagnostici ci aiuteranno a capire il vostro particolare problema di dolore ed a programmare eventuali altri esami e terapie.

Sta nel vostro interesse rispondere attentamente alle domande.

Alcune domande vi appariranno inutili o addirittura indiscrete e senza relazione con i vostri dolori. Il dolore e' un problema complesso che va indagato in tutti i suoi aspetti.

Questa e' una relazione sulla vostra personale esperienza: Vi preghiamo di compilarla da soli, senza l' assistenza di altri.

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankengeschichte.

Sie dienen zusätzlich zu den vorhandenen medizinischen Berichten und Befunden der Klärung Ihres Krankheitsbildes und erleichtern uns die Planung Ihrer weiteren Diagnostik und Behandlung.

Die gewissenhafte und vollständige Beantwortung aller Fragen liegt daher in Ihrem eigenen Interesse.

Manche Fragen werden Ihnen unwichtig oder sogar indiskret vorkommen und scheinen überhaupt nicht im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen zu stehen. Die Schmerzen sind jedoch ein so umfassendes Problem, daß wir möglichst viele Einzelheiten von Ihnen erfahren müssen.

Bitte füllen sie den Fragebogen selbständig und ohne fremde Hilfe aus!

Dati di identita'/Allgemeine Daten des Patienten:

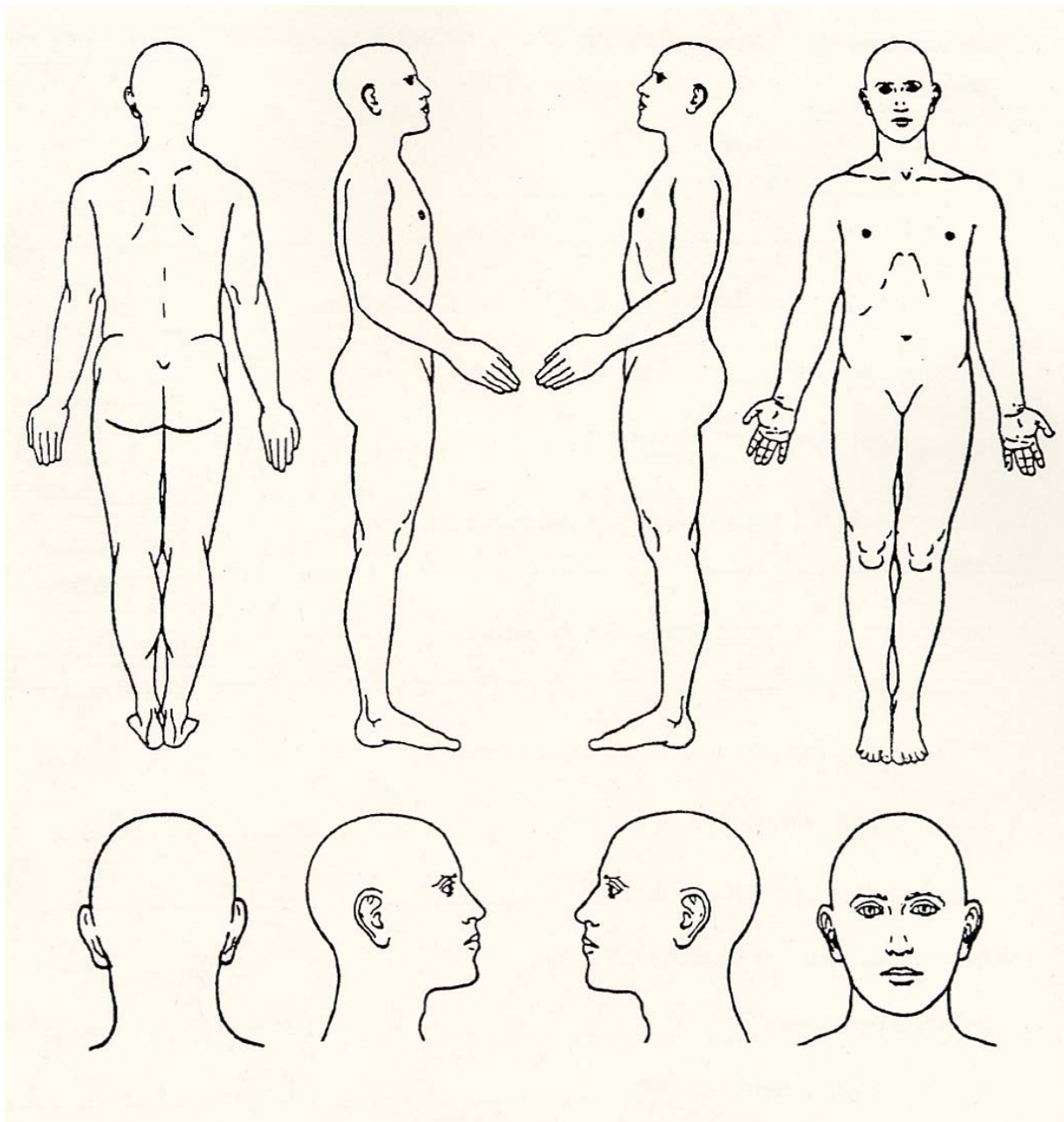
1. Nome e cognome/ Vorname und Nachname _____
2. Data di nascita/Geburtsdatum ___/___/___/Geschlecht _____
3. Indirizzo/Adresse _____
4. Telefono/Telefon nr. _____ lavoro/dienstlich.....a casa/privat _____
5. Chi vi ha inviato al programma di terapia del dolore?/Wer hat Sie zur Schmerztherapie geschickt?
Medico di casa/Hausarzt: SI/JA o NO/NEIN o Medico specialista/Facharzt: SI/JA o NO/NEIN o Nome, indirizzo e numero di telefono del medico/Name, Adresse und Telefonnr. des Arztes.....
6. Distanza da casa vostra fino all'ospedale (in chilometri)/Entfernung von Ihrer Wohnung bis zu unserem Krankenhaus (Km.).....
7. Attualmente siete in grado di camminare da soli?/Sind Sie zur Zeit ohne fremde Hilfe gehfähig?
si/ja o no/nein o

8. Siete in grado di autogestirvi? *Sind Sie für Ihre eigene Versorgung (Körperpflege, Anziehen, Essen) auf fremde Hilfe angewiesen?* Sì/Ja ڤ No/Nein ڤ
 9. Statura /Körpergröße (cm.) Peso/Körpergewicht (Kg.).....

Localizzazione del dolore/Lokalisation des Schmerzes:

Utilizzando queste figure, indicate quali parti del corpo sono interessate dal dolore segnandole con una penna o una matita./ Nel caso in cui il suo dolore inizi in un punto preciso e si irradia in un' altra parte del corpo, indichi il punto iniziale del dolore con una crocetta e la direzione con una freccia. /

Bitte markieren Sie in den folgenden Körperschemata mit Bleistift oder Kugelschreiber jene Stellen, an denen Sie Schmerzen haben. Falls Ihre Schmerzen an einem Punkt beginnen und in einen anderen Teil des Körpers ausstrahlen, zeichnen Sie bitte einen Pfeil ein, der vom Ausgangspunkt der Schmerzen bis zu dem Körperteil zeigt, in den die Schmerzen ausstrahlen



Descrivete la qualità del dolore con parole vostre. Se vi sono più tipi di dolore, descriveteli separatamente./

Bitte versuchen Sie hier, Ihre Schmerzen mit Ihren eigenen Worten zu beschreiben (z.B. „ziehender oder brennender oder pochender Schmerz, von der Schulter beginnend, in den

Unterarm ausstrahlend; verstärkt sich bei Bewegung der Schulter“). Alle Schmerzarten sollen beschrieben werden.

Utilizzi un'altro foglio se questo spazio è insufficiente./ *Bitte benutzen Sie für weitere Ausführungen ein Extrablatt.*

Indicate nel seguente elenco la localizzazione del dolore. Inoltre indichi se i dolori sono a destra e/o a sinistra o nel centro./*Bitte geben Sie anhand der folgenden Liste an, wo Sie überall Schmerzen haben. Kreuzen Sie dabei jeweils an, ob sich die Schmerzen auf eine Körperhälfte (links oder rechts) beschränken, oder ob sie in der Körpermitte auftreten.*

	Sinistro/ <i>links</i>	destro/ <i>rechts</i>	centro/ <i>Mitte</i>
Faccia/ <i>Gesicht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fronte/ <i>Stirn</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhio/ <i>Auge</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tempia/ <i>Schläfe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orecchio/ <i>Ohr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mandibola/ <i>Oberkiefer</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mascella superiore/ <i>Unterkiefer</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bocca/denti/ <i>Mundhöhle/Zähne</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testa/ <i>Cranio/Kopf</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuca/ <i>Occipite/Nacken/Hinterkopf</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colonna cervicale inferiore/ <i>untere Halswirbelsäule</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spalla/ <i>Schulter</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Braccio superiore/ <i>Oberarm</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gomito/ <i>Ellenbogen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avambraccio/ <i>Unterarm</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mano/Dita/ <i>Hand/Finger</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schiena superiore/ <i>oberer Rücken</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gabbia toracica anteriore/ <i>Brustkorb vorn</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gabbia toracica laterale/ <i>Brustkorb seitlich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addome superiore/ <i>Oberbauch</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addome inferiore/ <i>Unterbauch</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fianco/ <i>Flanke</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inguine/ <i>Leiste</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schiena inferiore/ <i>unterer Rücken</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sedere/ <i>coccige/Gesäß/Steißbein</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articolazione del bacino/ <i>Hüftgelenk</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Femore/ <i>Oberschenkel</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ginocchio/ <i>Knie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gamba/ <i>Unterschenkel</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Piede/Dita/ <i>Fuß/Zehen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bacino/ <i>Becken</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organi genitali/ <i>Geschlechtsorgane</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ano/ <i>Afterbereich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articolazioni multiple/ <i>mehrere Gelenke</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Domande sul suo dolore principale:/Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Hauptschmerzen:

Localizzazione del dolore principale, se avete un dolore principale/Kreuzen Sie jetzt bitte ausschließllich Ihren Hauptschmerz an. Legen Sie sich dabei auf einen Hauptschmerz fest.

	Sinistro/links	destro/rechts	centro/Mitte
Bocca/Faccia/Testa/Mund/Gesicht/Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collo/Nuca/Hals-/Nackengebiet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spalla/Braccio/Mano/Schulter/Arm/Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gabbia toracica/schiena superiore/ Brustkorb/obere Rückenhälfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Addome/Bauchbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schiena inferiore/Sedere/ unterer Rücken/Gesäß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anca/Gamba/Piede/Hüfte/Bein/Fuß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bacino/Beckenbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organi genitali/Ano/Geschlechtsorgane/After	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piu' articolazioni/mehrere Gelenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tutto il corpo/gesamter Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dove sentite il dolore principale (sono possibili piu' risposte)/Wo fühlen Sie Ihre Hauptschmerzen? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- In profondita'/in der Tiefe In superficie (cute, mucosa)/oberflächlich (in der Haut, o in der Schleimhaut) Fuori dal corpo/außerhalb des Körpers (z.B. im Phantomglied)

Il vostro dolore principale cambia lato?/Wechselt Ihr Hauptschmerz oft die Seite?

Si/Ja No/Nein

Da quando avvertite il dolore principale?/Seit wann bestehen Ihre Hauptschmerzen?

- Da giorni/Tag Da mesi/Monat Da anni/Jahr

Esiste una familiarita' di questo tipo di dolore?Se si, quale? /Litt oder leidet in Ihrer Familie jemand an ähnlichen Schmerzen? Wenn ja, an welchen:

- Si/Ja No/Nein

Le prossime domande descrivono meglio la qualita' del dolore. Indicate precisamente quale affermazione vale per il vostro dolore principale./Die nachfolgenden Aussagen beschreiben die Schmerzempfindung genauer. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit die vorgegebene Empfindung für Ihre Schmerzen stimmt.

- 1⇒ preciso/trifft genau zu
- 2⇒ piu' o meno preciso/trifft weitgehend zu
- 3⇒ poco preciso/trifft ein wenig zu
- 4⇒ non precisabile/trifft nicht zu

- i miei dolori sono tormentosi/ich empfinde meine Schmerzen als quälend
- i miei dolori sono atroci/ich empfinde meine Schmerzen als grausam
- i miei dolori sono estenuanti/ich empfinde meine Schmerzen als erschöpfend
- i miei dolori sono violenti/ich empfinde meine Schmerzen als heftig
- i miei dolori sono da morire/ich empfinde meine Schmerzen als mörderisch
- i miei dolori sono miseri/ich empfinde meine Schmerzen als elend

- i miei dolori sono spaventosi/*ich empfinde meine Schmerzen als schauerhaft*
- i miei dolori sono orribili/*ich empfinde meine Schmerzen als scheußlich*
- i miei dolori sono gravi/*ich empfinde meine Schmerzen als schwer*
- i miei dolori sono snervanti/*ich empfinde meine Schmerzen als entnervend*
- i miei dolori sono martorianti/*ich empfinde meine Schmerzen als marternd*
-
- i miei dolori sono terribili/*ich empfinde meine Schmerzen als furchtbar*
- i miei dolori sono insopportabili/*ich empfinde meine Schmerzen als unerträglich*
- i miei dolori sono paralizzanti/*ich empfinde meine Schmerzen als lähmend*
- i miei dolori sono taglienti/*ich empfinde meine Schmerzen als schneidend*
- i miei dolori sono pulsanti/*ich empfinde meine Schmerzen als klopfend*
- i miei dolori sono brucianti/*ich empfinde meine Schmerzen als brennend*
- i miei dolori sono lancinanti/*ich empfinde meine Schmerzen als reißend*
- i miei dolori sono pungenti/*ich empfinde meine Schmerzen als pochend*
- i miei dolori sono roventi/*ich empfinde meine Schmerzen als glühend*
- i miei dolori sono lancinanti/*ich empfinde meine Schmerzen als stechend*
- i miei dolori sono martellanti/*ich empfinde meine Schmerzen als hämmern*
- i miei dolori sono urenti/*ich empfinde meine Schmerzen als heiß*
- i miei dolori sono penetranti/*ich empfinde meine Schmerzen als durchstoßend*
- i miei dolori sono sordi/*ich empfinde meine Schmerzen als dumpf*
- i miei dolori sono oppressivi/*ich empfinde meine Schmerzen als drückend*
- i miei dolori sono pulsanti/*ich empfinde meine Schmerzen als pulsierend*

Con che frequenza compare il dolore principale? (indicare una voce)/Wie häufig treten Ihre Hauptschmerzen auf? (Bitte nur eine Angabe machen).

- Poche volte all'anno/*wenige Male pro Jahr*
- Poche volte al mese/*wenige Male pro Monat*
- Molte volte alla settimana/*mehrmals pro Woche*
- Una volta al giorno/*einmal täglich*
- Piu' volte al giorno/*mehrmals täglich*
- Continuo (senza intervalli liberi)/*dauernd*

Quale affermazione vale per il vostro dolore principale? (indicare una voce)/Welche der Aussagen trifft auf Ihre Hauptschmerzen zu? (Bitte nur eine Angabe machen).

- I miei dolori compaiono ad intervalli, fra i quali sono asintomatico./
Meine Schmerzen treten nur anfallsweise auf, dazwischen bin ich schmerzfrei
- I miei dolori sono continui /*Meine Schmerzen sind dauernd vorhanden*
- I miei dolori sono continui ed inoltre ho degli attacchi di acuti/*Meine Schmerzen sind dauernd vorhanden, und zusätzlich treten Schmerzanfälle auf*

Se avete degli attacchi di dolori, quanto durano? (indicare una voce)/Falls Sie einzelne Schmerzanfälle haben, geben Sie bitte an, wie lange üblicherweise ein Anfall dauert (Bitte nur eine Angabe machen).

- Secondi/*Sekunden*
- Minuti/*Minuten*
- Ore/*Stunden*

- Giorni/Tage o
- Più di una settimana/länger als eine Woche o

Indicate l' intensita' dei dolori principali su una scala da 0 fino a 10. 0 significa non dolori, 10 il dolore massimo immaginabile./ *Wie beurteilen Sie jetzt die Stärke Ihrer Hauptschmerzen? Kreuzen Sie die entsprechenden Ziffern an, der Wert 0 bedeutet, daß Sie keine Schmerzen haben, 10 bedeutet, daß Sie stärkste vorstellbare Schmerzen haben.*

(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
nessun dolore										massimo dolore immaginabile

kein Schmerz *stärkster vorstellbarer Schmerz*

- L' intensita' media negli ultime 4 settimane:/Geben Sie zunächst Ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Woche an:

(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
nessun dolore										massimo dolore immaginabile

kein Schmerz *stärkster vorstellbarer Schmerz*

- L' intensita' massima nelle ultime 4 settimane:/Geben Sie jetzt bitte Ihre größte Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:

(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
nessun dolore										massimo dolore immaginabile

kein Schmerz *stärkster vorstellbarer Schmerz*

- L' intensita' minima nelle ultime 4 settimane:/Geben Sie jetzt bitte Ihre geringste Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:

(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
nessun dolore										massimo dolore immaginabile

kein Schmerz *stärkster vorstellbarer Schmerz*

- L' intensita' momentanea:/Geben Sie bitte jetzt Ihre derzeitige Schmerzstärke (beim Ausfüllen des Fragebogens) an:

(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
nessun dolore										massimo dolore immaginabile

kein Schmerz *stärkster vorstellbarer Schmerz*

- L' intensita' sopportabile dopo una terapia efficace:/Geben Sie jetzt an, welche Schmerzstärke für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich wäre:

(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
nessun dolore										massimo dolore immaginabile

kein Schmerz *stärkster vorstellbarer Schmerz*

Indicate se l' intensita' dei dolori (sempre principali) cambia/Geben Sie bitte an, ob sich die Stärke Ihrer Schmerzen verändern kann (nur eine Angabe machen).

- Cambia frequentemente (più volte al giorno)/Die Stärke meiner Schmerzen wechselt häufig (z.B. mehrmals täglich) o
- Cambia raramente (poche volte alla settimana)/Die Stärke meiner Schmerzen wechselt gelegentlich (z.B. wenige Male pro Woche) o
- Non cambia mai/Die Stärke meiner Schmerzen wechselt niemals o

Quale è secondo voi la causa dei vostri dolori?/Auf welche Ursache führen Sie Ihre Hauptschmerzen zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Una malattia/auf Krankheit o
- Un intervento chirurgico/auf Operation o
- Un incidente/auf Unfall o
- Una fatica fisica/auf körperliche Belastung o
- Un peso psichico/auf seelische Belastung o
- Un fattore ereditario/auf Vererbung o
- Un' altra causa/auf eine andere Ursache o
- Per me la causa non è chiara/für mich ist keine Ursache erkennbar o

Le seguenti condizioni hanno una ripercussione sui vostri dolori? /Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste an, wie sich die genannten Bedingungen auf Ihre Hauptschmerzen auswirken.

	No/ kein Einfluß	peggiorano/ verstärkend	più miti/ lindernd
-Sforzi fisici (p.e. fare una rampa di scale, portare le borse della spesa)/Körperliche Belastung (z.B. Treppen steigen, Lasten heben, Tragen von Einkaufstaschen)	o	o	o
-Fattori psichici (p.e. stress, rabbia, agitazione)/Psychische Belastung (z.B. Streß, Ärger, Aufregung)	o	o	o
-Una posizione prolungata (p.e. sedere a lungo, stare in piedi)/Einseitige Körperhaltung (z.B. längeres Sitzen, Stehen, Gehen)	o	o	o
-Un cambiamento frequente di posizione (movimento, camminare)/Häufiger Lagewechsel,(Bewegung, Herumlaufen)	o	o	o
-Riposarsi, sdraiarsi/Sich ausruhen, hinlegen, ruhig halten	o	o	o
-Freddo,caldo,cambiamento di tempo/kalt, warm, Wetterwechsel	o	o	o
-Per le donne: mestruazione,gravidanza/ -Für die Frauen: Menstruation, Schwangerschaft	o	o	o

I miei dolori non sono modificabili da niente:!

Meine Schmerzen sind durch nichts zu beeinflussen: vero/stimmt o
non vero/stimmt nicht o

Quali effetti collaterali si manifestano con i vostri dolori/Bitte kreuzen Sie an, welche Begleiterscheinungen zusammen mit Ihren Hauptschmerzen auftreten.

1. nessuno/keine o
 2. i seguenti effetti collaterali si manifestano/
Es treten folgende Begleiterscheinungen auf si/ja o
- sempre/
spesso
occasionalmente/
mai

	<i>immer</i>	<i>häufig</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>nie</i>
- Nausea/ <i>Übelkeit</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Vomito/ <i>Erbrechen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Ipersensibilita' alla luce/ <i>Lichtempfindlichkeit</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Ipersensibilita' ai rumori/ <i>Geräuschempfindlichkeit</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbi visivi/ <i>Sehstörungen,</i> (z.B. <i>Flimmern vor den Augen</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Tumefazione e/o rossore alla zona interessata/ <i>Schwellung und/oder</i> <i>Rötung im Schmerzgebiet</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Fa male il solo sfioramento sulla pelle della zona interessata/ <i>Überempfindlichkeit der</i> <i>Haut im Schmerzgebiet</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Varie ⇒ <i>Sonstiges</i> _____				

Elencate tutti i farmaci che avete assunto negli ultimi 2 anni. Inoltre specificate se li avete assunti regolarmente o al bisogno./*Geben Sie möglichst alle Medikamente an, die Sie in den letzten 2 Jahren eingenommen haben. Geben Sie auch an, ob Sie die Medikamente regelmäßig einnehmen oder nach Bedarf.*

Farmaco/*Medikament* _____
 Compresse, supposte, gtt etc./*Tabletten, Zäpfchen, Tropfen* _____
 Dosaggio/*Dosierung* _____
 Tempo di assunzione/*Zeitraum der Einnahme* _____
 Regolarmente/*regelmäßig* _____
 Al bisogno/*nach Bedarf* _____

Avete fatto una cura di svezzamento da questi farmaci?/*Wurde bei Ihnen ein Medikamenten-Entzug durchgeführt?* No/*nein*

- Una/*einmal*
- 2 o piu'/*mehrmals*
- *dove?/Wo?*

Condizioni generali/Fragen zum Allgemeinzustand.

Siete allergici a farmaci od a certe sostanze?/*Sind Sie allergisch auf bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?*

- Si/*Ja* a quale/*welche?*.....

- No/Nein

Soffrite di insonnia?/Haben Sie Schlafstörungen?

- No/Nein
- Si/Ja Se si perche?/wenn ja, können Sie:

- Non potete addormentarvi per i dolori/wegen Ihrer Schmerzen nicht einschlafen
- Non potete dormire a lungo per i dolori/wegen Ihrer Schmerzen nicht durchschlafen
- Problemi di insonnia indipendentemente dai dolori/unabhängig von Ihren Schmerzen nicht einschlafen

Anamnesi patologica generale:/Litten oder leiden Sie an schwerwiegenden Erkrankungen

a. Apparato cardiocircolatorio:/(angina pectoris, infarto miocardico, aritmie, dispnea sotto sforzo, gonfiore alle gambe ecc.) *Herzerkrankungen* (z.B. Angina pectoris, Infarkt, Rhythmusstörungen, Atemnot bei körperlicher Belastung, Schwellung der Beine, nächtliches Wasserlassen)

Disturbi della circolazione: ipertensione arteriosa, pressione bassa, ictus, ecc *Kreislaufkrankungen (z.B. Hochdruck, Unterdruck, Schlaganfall etc.,)*

b. Neoplasie/Bösartige Erkrankungen/Tumoren

c. Malattie neurologiche e psichiatriche/Neurologische und psychiatrische Erkrankungen epilessia, depressione ecc./*Epilepsie, Nervenleiden, Gemütskrankungen*

d. Malattie metaboliche diabete mellito, ipertiroidismo ecc./*Stoffwechselerkrankungen : Zuckerkrankheit, Schilddrüsenüberfunktion etc.*

e. Malattie del polmone (polmonite, asma bronchiale, tubercolosi)/*Lungenkrankungen* (z.B. chron. Husten, Asthma, Tuberkulose, Lungenentzündung)

f. Malattie del tratto gastrointestinale (gastrite, ulcera, colecistite, calcolosi biliare ecc.)/*Magen-Darm- und Enddarmkrankungen (z.B. Gastritis, Geschwüre, Gallensteine)*

g. Malattie del tratto urogenitale (cistite, nefrite, calcoli renali ecc.)/*Harnwegserkrankungen (Niere, Blase z.B. Entzündungen, Steine)*

h. Malattie ginecologiche (metroragie, cisti ovarca ecc.)/*gynäkologische-Erkrankungen (Blutungen).*

i. Siete allergico o sensibile (sviluppate eritemi o difficoltà respiratorie o altri disturbi significativi) ad alcune sostanze?/Unverträglichkeiten (Allergien mit Hautausschlag, Heuschnupfen, Asthma, Pflaster – Lebensmittel - Wasch-/Putzmittel,- Blütenstaub – Hausstaub - etc.)

i. Incidenti/Unfälle No/Nein Si/Ja data/Datum __/__/__.....

j. Interventi chirurgici e ricoveri passati (esclusi quelli per il dolore) e le date/Wurden bei Ihnen andere, nicht schmerzbezogene Operationen durchgeführt? Art und Datum der Operation.....

Indicate come il dolore interferisce con le vostre attività` scrivendo un numero da 0 a 10 nello spazio a lato del tipo di attivita`. 0 significa che il dolore non interferisce l' attivita' e 10 che il dolore la ostacola completamente./Bitte geben Sie im folgenden an, wie sich Ihre Schmerzen auf Ihren Alltag auswirken. Kreuzen Sie bitte für jeden der sieben Lebensbereiche die Ziffer an, die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt. Der Wert 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, der Wert 10 gibt an, daß dieser Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt ist.

- Attivita' familiari/*Familiäre und häusliche Verpflichtungen* _____
- Ricreazione/*Erholung, Soziale Aktivitäten* _____
- Lavoro/*Beruf* _____
- Vita sessuale/*Sexualleben* _____
- Faccende domestiche/*Selbstversorgung* _____
- Attivita' fisica/*körperliche Beweglichkeit/Belastbarkeit* _____
- Mangiare, dormire, respirare/*Essen, Schlafen und Atmen* _____

Elenco dei possibili disturbi: Beschwerdenliste

Scala della gravita':/Ich leide unter folgenden Beschwerden:

	forte/ <i>stark</i>	modesto/ <i>mäßig.</i>	debole/ <i>kaum</i>	no/ <i>gar nicht</i>
-Senso di nodo in gola/ <i>Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals</i>	0	0	0	0
-Difficoltà a deglutire/ <i>Schluckbeschwerden</i>	0	0	0	0
-Il respiro corto/ <i>Kurzatmigkeit</i>	0	0	0	0
-Svenimenti, perdite di coscienza o <i>/Kollaps, Bewußtlosigkeit</i>	0	0	0	0
-Dolori toracici/ <i>Schmerzen in der Brust</i>	0	0	0	0
-Dolori addominali/ <i>Schmerzen, Druck oder Völlegefühl im Leib</i>	0	0	0	0
-Astenia/ <i>Mattigkeit</i>	0	0	0	0
-Nausea/ <i>Übelkeit</i>	0	0	0	0
-Bruciore allo stomaco/ <i>Sodbrennen</i>	0	0	0	0
-Iperexcitabilita'/ <i>Reizbarkeit</i>	0	0	0	0
-Sudorazioni eccessive/ <i>starkes Schwitzen</i>	0	0	0	0
-Mal di schiena/ <i>Rückenschmerzen</i>	0	0	0	0
-Agitazione/ <i>innere Unruhe</i>	0	0	0	0
-Calo di peso/ <i>Gewichtsabnahme</i>	0	0	0	0
-Dolori alla spalla/ <i>Schulterschmerzen</i>	0	0	0	0
-Tremore/ <i>Zittern</i>	0	0	0	0
-Insonnia/ <i>Schlaflosigkeit</i>	0	0	0	0
-Vertigini/ <i>Schwindelgefühl</i>	0	0	0	0
-Gambe senza riposo/ <i>Unruhe in den Beinen</i>	0	0	0	0
-Ipersensibilita' al freddo/ <i>Überempfindlichkeit gegen Kälte</i>	0	0	0	0
-Ipersensibilita' al caldo/ <i>Überempfindlichkeit gegen Wärme</i>	0	0	0	0

Domande sull' umore:/Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Wochen am besten entspricht/entsprochen hat.

1) concordo/einverstanden 2) concordo in parte/teilweise einverstanden 3) sono in parte discorde/teilweise dagegen...4) sono pienamente discorde/dagegen

Durante la settimana scorsa/während der letzten Woche

- mi sono agitato per alterazioni che normalmente tengo sotto controllo/haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.
- ho avuto poco appetito/hatte ich kaum Appetit
- sono stato malinconico anche se i miei amici/familiari hanno cercato di rallegrarmi ed invitarmi/konnte ich meine trübsinnige Stimmung nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten aufzumuntern
- mi sentivo uguale agli altri/kam ich mir genauso gut vor wie andere
- facevo fatica a concentrarmi/hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren
- mi sentivo depresso, abbattuto/war ich deprimiert, niedergeschlagen
- era tutto faticoso, pesante per me/war alles anstrengend für mich
- avevo piena speranza per il futuro/dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft
- pensavo che la mia vita sia tutta un insuccesso/dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag
- avevo paura/hatte ich Angst
- ho dormito male/habe ich schlecht geschlafen
- ero contento/war ich fröhlich gestimmt
- parlavo meno del solito/habe ich weniger geredet als sonst
- mi sentivo solo/fühlte ich mich einsam
- le persone erano di malumore nei miei riguardi/waren die Leute unfreundlich zu mir
- mi sono goduto la vita/habe ich das Leben genossen
- ho pianto/mußte ich weinen
- ero triste/war ich traurig
- avevo la sensazione che le persone non mi sopportavano/hatte ich das Gefühl, daß die Leute mich nicht leiden können
- non riuscivo proprio a tirarmi su a raccogliere le mie forze/konnte ich mich zu nichts aufraffen

Informazioni personali:/Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Lebenssituation:

Stato civile/Familienstand

- Celibe, nubile/ledig 0
- Coniugato/Verheiratet 0
- Vedovo/a/Witwer 0
- Vivo da solo/lebe allein 0
- Vivo coi familiari/lebe mit Eltern/Schwiegereltern 0
- Vivo con altre persone/lebe mit anderen Personen 0

Professione/Beruf

- Studente/Student/in 0
- Operaio/a/Arbeiter/in 0
- Impiegato/Beamter/in 0
- Indipendente/selbständig 0
- Casalinga/o/Hausfrau/Hausmann 0
- Disoccupato/a/arbeitslos 0

- Pensionato/a/Rentner/in, o

Gradi di studio/Welche Schulausbildung haben Sie?

- Scuola elementare/kein Abschluß o
- Scuola media/Hauptschulabschluß o
- Scuola media superiore/Mittlere Reife o
- Istituto professionale/Abitur o
- Università/Fachhochschule o
- Altri (specificare)/Anderes _____

Ha imparato un mestiere?/Haben Sie eine Berufsausbildung?

- Si/Ja o No/Neino
- Quale/wenn ja, welche _____
- Esercita ancora la sua professione si o no o /arbeiten Sie noch in diesem Beruf?
Ja...Neino.....
- Se no, che lavoro fa attualmente/wenn nein, welche Tätigkeit üben Sie momentan aus
(Hausarbeit eingeschlossen, bei Arbeitslosigkeit zuletzt ausgeübte Tätigkeit
angeben).....

Datore di lavoro/Arbeitgeber -----

Attualmente e' invalido?/Liegt bei Ihnen eine Minderung der Erwebsfähigkeit (MDE) bzw. Grad der Behinderung (GdB) vor?

- Si/Ja o da quando/seit wann _____
- percentuale di invalidita'/wieviel Prozent _____
- No/nein o

Pensa di ritornare al suo vecchio posto di lavoro?/Glauben Sie, daß Sie wieder an Ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können?

Si/Jao No/Neino

Pensa di andare in pensione?/Beabsichtigen Sie, einen Rentenantrag zu stellen, haben Sie schon einen Rentenantrag gestellt?

Si/Jao No/Neino

Bolzano/Bozen, ____/____/____

Firma/Unterschrift