

# Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung (MPSS)

## Achse 1: Zeitliche Aspekte

### Auftretenshäufigkeit

- einmal täglich oder seltener
- mehrmals täglich
- dauernd

### Dauer

- bis zu mehreren Stunden
- mehrere Tage
- länger als eine Woche oder dauernd

### Intensitätswechsel

- häufig
- gelegentlich
- nie

Wert

Achsen-  
summe

Achsen-  
stadium

1  
2  
3

1  
2  
3

1  
2  
3

3-9

3 = I  
4-6 = II  
7-9 = III

## Achse 2: Räumliche Aspekte

### Schmerzbild

- monolokulär
- bilokulär
- multilokulär oder Panalgesie

1  
2  
3

1-3

1 = I  
2 = II  
3 = III

## Achse 3: Medikamenteneinnahmeverhalten

### Medikamenteneinnahme

- unregelmäßiger Gebrauch von max. 2 peripheren Analgetika
- max. 3 periphere Analgetika, höchstens 2 regelmäßig
- regelmäßig mehr als 2 periphere Analgetika oder zentralwirkende Analgetika

### Anzahl der Entzugsbehandlungen

- keine
- eine
- mehr als eine Entzugsbehandlung

1  
2  
3

2-6

2 = I  
3-4 = II  
5-6 = III

## Achse 4: Patientenvorgeschichte

### Wechsel des persönlichen Arztes

- kein Wechsel
- max. 3 Wechsel
- >3 Wechsel

### Schmerzbedingte Krankenhausaufenthalte

- bis 1
- 2-3
- >3

### Schmerzbedingte Operationen

- bis 1
- 2-3
- >3

### Schmerzbedingte Rehabilitationsmaßnahmen

- keine
- bis 2
- >2

1  
2  
3

4-12

4 = I  
5-8 = II  
9-12 = III

1  
2  
3

1  
2  
3

1  
2  
3

Addition  
der  
Achsen-  
Stadien

Gesamt-  
Stadium  
I 4-6  
II 7-8  
III 9-12

**M A S K**

**MULTIAXIALE SCHMERZKLASSIFIKATION – PSYCHOSOZIALE DIMENSION (MASK-P)**

**RATING-BOGEN**

Patientin / Patient: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Achsenzusatzkodierung:** Für alle MASK-P Achsen wird jeweils eines der folgenden Merkmale vergeben:

- 1 Achse wurde nicht untersucht
- 2 keine Auffälligkeiten identifizierbar
- 3 Patient/in sieht Auffälligkeiten nicht
- 4 Patient/in sieht Auffälligkeiten

**Achse 1 Motorisch-verhaltensmäßige Schmerzverarbeitung**

Achsenzusatzkodierung (kodierte 1, 2, 3 oder 4)

- 1 Ausgeprägt non-verbales Schmerzverhalten
- 2 Ausgeprägt verbales Schmerzverhalten
- 3 Diskrepanz zwischen verbalem und non-verbalem Schmerzverhalten
- 4 Defizite im Bitten um soziale Unterstützung
- 5 Ausgeprägte Vermeidung körperlicher Aktivitäten
- 6 Ausgeprägte Vermeidung sozialer Aktivitäten
- 7 Ausgeprägtes Durchhalteverhalten
- 8 Nichteinhaltung erforderlichen Gesundheitsverhaltens

**Achse 2 Emotionale Schmerzverarbeitung**

Achsenzusatzkodierung (kodierte 1, 2, 3 oder 4)

- 1 Traurig-niedergeschlagene Stimmung
- 2 Ärgerlich-gereizte Stimmung
- 3 Ängstliche Stimmung
- 4 Leichte innere Erregbarkeit
- 5 Eingeschränktes emotionales Erleben
- 6 Mangelnder Emotionsausdruck
- 7 Übertrieben positiver Emotionsausdruck

**Achse 3 Kognitive Schmerzverarbeitung**

Achsenzusatzkodierung (kodierte 1, 2, 3 oder 4)

- 1 Hilflosigkeit / Katastrophisieren
- 2 Resignation / Hoffnungslosigkeit
- 3 Suizidgedanken
- 4 Mangelhafte Wahrnehmung körperlicher Vorgänge
- 5 Ausgeprägte Bagatellisierung körperlicher Vorgänge
- 6 Ausgeprägte Selbstaufmerksamkeit für körperliche Vorgänge
- 7 Ausgeprägter Durchhalteappell

**Achse 4 Krankheitsbezogene Metakognitionen**

Achsenzusatzkodierung (kodierte 1, 2, 3 oder 4)

- 1 Ausgeprägtes somatisches Krankheitsmodell
- 2 Ausgeprägte stabile Ursachenattribution
- 3 Ausgeprägte externale Kontrollattribution
- 4 Ausgeprägte internale Kontrollattribution
- 5 Schuldzuschreibungen
- 6 Ausgeprägte Fear-Avoidance-Beliefs
- 7 Ausgeprägte Endurance-Beliefs

**Achse 5 Aktuelle Stressoren**

Achsenzusatzkodierung (kodierte 1, 2, 3 oder 4)

- 1 Physikalische Belastungen am Arbeitsplatz
- 2 Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz
- 3 Unklarer beruflicher Status
- 4 Erhebliche finanzielle Belastungen
- 5 Probleme im Familien- und/oder Freundeskreis
- 6 Ehe- / Partnerschaftsprobleme
- 7 Belastungen durch zusätzliche gesundheitliche Probleme
- 8 Krisenhafte Ereignisse
- 9 Belastungen im Freizeitbereich

**Achse 6 Traumata / Belastungen in der Lebensgeschichte**

Achsenzusatzkodierung (kodierte 1, 2, 3 oder 4)

- 1 Verlust naher Angehöriger / Bezugspersonen
- 2 Konflikte innerhalb der Familie / Partnerschaft
- 3 Konflikte am Arbeitsplatz
- 4 Körperliche und/oder psychische Mißhandlungen
- 5 Verlust / Bedrohung der existenziellen Basis
- 6 Akute Lebensbedrohung
- 7 Harte Erziehungsbedingungen mit emotionaler Entbehrung
- 8 Schwere körperliche / psychische Erkrankung naher Bezugspersonen
- 9 Eigene schwere körperliche / psychische Erkrankung



**Zeit-Zusatzkodierung:** (für jede beobachtete Belastung ist der relevante Zeitraum zu kodieren)

- 1 Kindheit (bis 6 Jahre)
- 2 Jugendzeit (bis 18 Jahre)
- 3 Erwachsenenalter (ab 18 Jahre)
- 4 Kindheit und Jugendzeit
- 5 Jugendzeit und Erwachsenenalter
- 6 Kindheit und Erwachsenenalter
- 7 Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter

**Achse 7 Habituelle Personen-Merkmale**

Achsenzusatzkodierung (kodierte 1, 2, 3 oder 4)

- 1 Selbstüberforderung bei exzessivem Leistungsanspruch
- 2 Mangelnde soziale Kompetenz
- 3 Selbstwertdefizite
- 4 Starre Norm- und Wertvorstellungen
- 5 Mangelnde Selbstreflexion / Introspektionsfähigkeit
- 6 Mangelnde Fähigkeit zur Wahrnehmung eigener Streßreaktionen
- 7 Psychophysiologische Reaktionsstereotypie
- 8 Abhängigkeitsverhalten

**Achse 8 Maladaptive Streßverarbeitung**

Achsenzusatzkodierung (kodierte 1, 2, 3 oder 4)

- 1 Katastrophisierend-/ vermeidende Streßverarbeitung
- 2 Resignativ-/ rückzugsbetonte Streßverarbeitung
- 3 Ärgerbetonte Streßverarbeitung und Kontrollillusion
- 4 Mangelnde Wahrnehmung und Bagatellisierung von Streßreaktionen
- 5 Übermäßige körperliche Ablenkung bei Streß
- 6 Mangel an entspannungsfördernden Formen der Streßbewältigung
- 7 Mangel an emotionsregulierenden Formen der Streßbewältigung
- 8 Mangel an sozial kompetenter Streßverarbeitung

**Achse 9 Psychophysiologische Dysregulation**

Achsenzusatzkodierung (kodierte 1, 2, 3 oder 4)

- 1 Situationsspezifisch erhöhte Aktivität symptomrelevanter Muskulatur
- 2 Habituell erhöhte Aktivität symptomrelevanter Muskulatur
- 3 Situationsspezifisch erhöhte Aktivität verschiedener Muskeln
- 4 Habituell erhöhte motorische Unruhe
- 5 Situationsspezifisch erhöhte symptomrelevante vegetative Aktivität
- 6 Habituell erhöhte symptomrelevante vegetative Aktivität
- 7 Situationsspezifisch erhöhte Aktivität verschiedener vegetativer Systeme
- 8 Habituell erhöhte Aktivität verschiedener vegetativer Systeme

**Achse 10 Konflikt-Verarbeitungsstil**

Achsenzusatzkodierung (kodierte 1, 2, 3 oder 4)

- 1 Schizoider Verarbeitungsstil
- 2 Depressiver Verarbeitungsstil
- 3 Zwanghafter Verarbeitungsstil
- 4 Histrionischer Verarbeitungsstil
- 5 Narzißtischer Verarbeitungsstil
- 6 Borderline-Verarbeitungsstil

## Achse 11 MASK-P- DIAGNOSEN: FUNKTIONALE ZUSAMMENHÄNGE

Schmerzlokalisierung: \_\_\_\_\_

Achsenzusatzkodierung (kodiere 1, 2, 3 oder 4 bei jeder zutreffenden Diagnose vor dem Punkt)

### \_.111 bei maladaptiver Schmerzverarbeitung

- \_.1111 bei ängstlich-vermeidender Schmerzverarbeitung
- \_.1112 bei depressiv-suppressiver Schmerzverarbeitung
- \_.1113 bei betont heiter-suppressiver Schmerzverarbeitung
- \_.1114 bei ärgerlich-gereizter Schmerzverarbeitung
- \_.1115 bei aufmerksamkeitsfokussierter Schmerzverarbeitung

### \_.112 bei klassischen Konditionierungsprozessen

- \_.1121 bei sensorischer Konditionierung
- \_.1122 bei interozeptiver Konditionierung
- \_.1123 bei emotionaler Konditionierung

### \_.113 bei operanten Konditionierungsprozessen

- \_.1131 bei schmerzkontingenter negativer Verstärkung durch das soziale Umfeld
- \_.1132 bei schmerzkontingenter positiver Verstärkung durch das soziale Umfeld
- \_.1133 bei negativer Verstärkung durch Verringerung von Streß und Konflikten
- \_.1134 bei negativer Verstärkung durch Vermeidung einer Selbstwertbedrohung
- \_.1135 bei positiver Verstärkung durch Erhöhung des Selbstwertempfindens

### \_.114 bei Einfluß von psychosozialem Streß

- \_.1141 bei Einfluß aktueller Stressoren
- \_.1142 bei Einfluß maladaptiver Streßverarbeitung

### \_.115 bei Schmerz als Teil einer Reaktion auf schwere Belastungen und kritische Lebensereignisse

### \_.116 bei Somatisierung psychischen Leidens

- \_.1161 bei Umwandlung von Affekten in eine psychophysische Daueranspannung
- \_.1162 bei Konversion
- \_.1163 bei narzißtischem Mechanismus

### \_.117 bei Schmerz auf der Basis früherer Belastungen und Überforderungen

### \_.118 bei beziehungsstabilisierender Funktion

- \_.1181 bei beziehungsstabilisierender Funktion im partnerschaftl. / familiär. System
- \_.1182 bei beziehungsstabilisierender Funktion im beruflichen System
- \_.1183 bei beziehungsstabilisierender Funktion im Behandlungskontext

# Schmerztagebuch

**Positive Erfahrungen, Gedanken, Empfindungen:** Notieren Sie ein "+", "++" oder "+++", je nachdem, wieviel Positives Sie in der betroffenen Stunde erlebt haben. Falls gar nichts Positives zu berichten ist, notieren Sie "-".

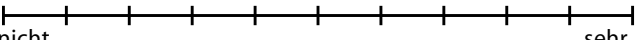
**Aktivität:** Schreiben Sie auf, welche *Hauptaktivität* Sie in den verschiedenen Positionen durchgeführt haben. Notieren Sie wieviel Zeit in Minuten Sie in der Stunde im Sitzen, Gehen/Stehen bzw. Liegen verbracht haben. Die Zeiten 1, 2 und 3 müssen zusammen pro Zeile 60 min ergeben. Bitte kontrollieren Sie das!

**Medikamente:** Notieren Sie den Buchstaben des unten von Ihnen aufgeführten Medikaments und die eingenommene Dosis.

**Schmerzstärke:** Notieren Sie die durchschnittliche Stärke des Schmerzes pro Stunde (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz).

Tag: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Uhr-zeit	Positive Erfahrungen Gedanken Empfindungen	Aktivität					Zeit 3	Zeit 1 + Zeit 2 + Zeit 3 = 60 min	Medikamente		Schmerzstärke (0-10)
		sitzend	Zeit 1	gehend	Zeit 2	liegend			Art	Dosis	
24-1											
1-2											
2-3											
3-4											
4-5											
5-6											
6-7											
7-8											
8-9											
9-10											
10-11											
11-12											
12-13											
13-14											
14-15											
15-16											
16-17											
17-18											
18-19											
19-20											
20-21											
21-22											
22-23											
23-24											

Haben Sie sich heute durch Ihre Schmerzen beeinträchtigt gefühlt?  gar nicht sehr stark

## Medikamente

A: \_\_\_\_\_  
 B: \_\_\_\_\_  
 C: \_\_\_\_\_  
 D: \_\_\_\_\_

Von der Klinik auszufüllen:		Bezogen auf die WZ:		Med-Typ	AM	AK	AO	AR	VK
Z1 (min)		max S		EE					
Z2 (min)		min S		Med-Typ	BB	TR	NE	AD	SO
Z3 (min)		x S		EE					
WZ (Std)		sf Std							
Gesamt +									



DEUTSCHE MIGRÄNE-  
UND KOPFSCHMERZ-  
GESELLSCHAFT

# Kopfschmerz-Kalender

Bitte vermerken Sie Ihre Medikamente,  
die Sie bei Kopfschmerzen einnehmen:

A: .....

B: .....

C: .....

Schmerzstärke:

X stark ■ mittel ✓ leicht

Dauer:

○ weniger als 6 Stunden

● 7-12 Stunden

▼ länger als 12 Stunden

Psychische und körperliche Auslöser

1. Aufregung/Stress

2. Erholungsphase

3. Änderung im Schlaf/Wach-Rhythmus

4. Menstruation

5. Ihr persönlicher

Auslöser.....

6. Ein weiterer persönlicher

Auslöser.....

Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser

A. Käse

B. Alkoholische Getränke

C. Schokolade

D. Kaffee, Cola

E. Ihr persönlicher Auslöser.....

F. Ein weiterer Auslöser.....

Bitte tragen Sie Symbol, Zahl oder Buchstabe ein.

MONAT .....

Schmerzart und Ort				Begleitsymptome						Anzahl der			Hat Ihnen das Mittel geholfen							
Tag	Starke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	Einseitig	Beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmschauen	Lichtschauen	Sehstörungen	Tag	Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig
1												1								
2												2								
3												3								
4												4								
5												5								
6												6								
7												7								
8												8								
9												9								
10												10								
11												11								
12												12								
13												13								
14												14								
15												15								
16												16								
17												17								
18												18								
19												19								
20												20								
21												21								
22												22								
23												23								
24												24								
25												25								
26												26								
27												27								
28												28								
29												29								
30												30								
31												31								

## Graduierung chronischer Schmerzen

*Bitte beantworten Sie die folgenden sieben Fragen!*

Frage 1:

An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten sechs Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen im Gesichtsbereich Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen?

\_\_\_\_\_ Tage

*In den folgenden Fragen 2 bis 4 geht es um die **Stärke Ihrer Schmerzen** im Gesichtsbereich. Sie können die Angaben jeweils auf einer Skala von 0–10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben/hatten, der Wert 10 bedeutet, dass die Schmerzen nicht schlimmer sein könnten. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.*

Frage 2:

Wie würden Sie Ihre Schmerzen im Gesichtsbereich, wie sie *in diesem Augenblick* sind, einstufen?

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Keine Schmerzen vorstellbarer										Stärkster
										Schmerz

Frage 3:

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten sechs Monaten Schmerzen im Gesichtsbereich hatten, wie würden Sie Ihre *stärksten* Schmerzen einstufen?

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Keine Schmerzen vorstellbarer										Stärkster
										Schmerz

Frage 4:

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten sechs Monaten Schmerzen im Gesichtsbereich hatten, wie würden Sie die *durchschnittliche Stärke* der Schmerzen einstufen?

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Keine Schmerzen vorstellbarer										Stärkster
										Schmerz



Im Folgenden (Fragen 5 bis 7) geht es um die **Beeinträchtigung von Aktivitäten** durch Schmerzen im Gesichtsbereich. Sie können Ihre Angaben jeweils auf einer Skala von 0–10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet keine Beeinträchtigung, der Wert 10 bedeutet, dass Sie außerstande sind/waren, irgendetwas zu tun. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

Frage 5:

Inwieweit haben Ihre Schmerzen im Gesichtsbereich Sie in den letzten sechs Monaten bei Ihren *alltäglichen Beschäftigungen* beeinträchtigt?

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Keine Beein- trächtigung										Ich war außerstande, irgendetwas zu tun

Frage 6:

Inwieweit haben in den letzten sechs Monaten die Schmerzen im Gesichtsbereich Ihre Fähigkeit, an *Familien- oder Freizeitaktivitäten* teilzunehmen, beeinträchtigt?

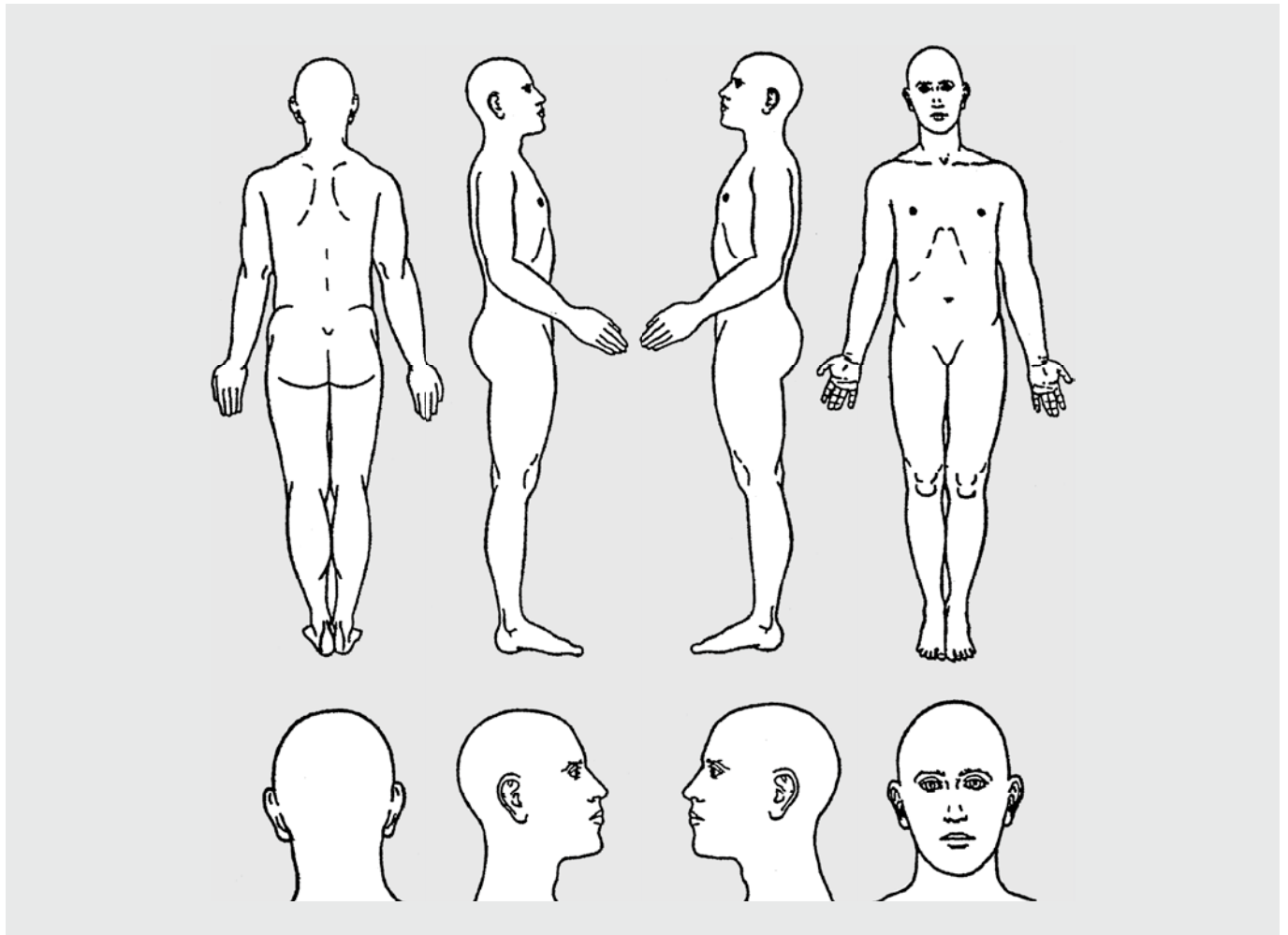
[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Keine Beein- trächtigung										Ich war außerstande, irgendetwas zu tun

Frage 7:

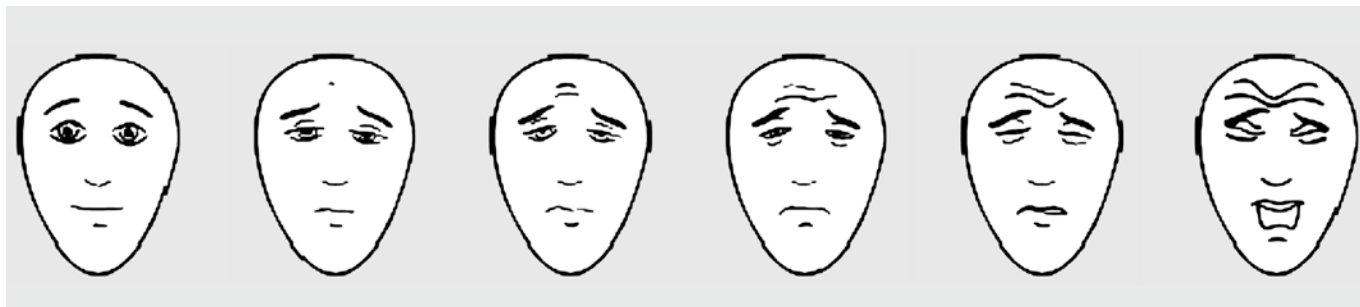
Und inwieweit haben in den letzten sechs Monaten die Schmerzen im Gesichtsbereich Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre *Arbeit/Hausarbeit* zu verrichten?

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Keine Beein- trächtigung										Ich war außerstande, irgendetwas zu tun

## Zeichnung zur Eintragung der Schmerzlokalisation



## Faces Pain Scale – Revised



# Kopfschmerztagebuch des Deutschen Kinderschmerzszentrums, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln

Woche vom..... bis.....	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH																																																																								
Hast Du heute etwas Besonderes erlebt? Wenn ja, war es etwas Schönes ☺ oder Unangenehmes? ☹	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹																																																																								
Was war es denn?																																																																											
Hattest Du heute Kopfschmerzen? Bei „Ja“ weiter ausfüllen, bei „Nein“ aufhören.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aufhören																																																																								
Wie stark waren Deine Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10																																																																								
Wann hattest Du Kopfschmerzen? Kreuze alle Stundenkästchen an, an denen Du Kopfschmerzen hattest.	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																				
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																				
16	17	18	19	20	21	22	23																																																																				
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																				
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																				
16	17	18	19	20	21	22	23																																																																				
0	1	2	3	4	5	6	7																																																																				
8	9	10	11	12	13	14	15																																																																				
16	17	18	19	20	21	22	23																																																																				
Wenn Du ein Medikament genommen hast, mache um dieses Stundenkästchen einen Kreis.																																																																											
Wurde Dein Kopfschmerz schlimmer, wenn Du Dich bewegt hast? (z.B. beim Treppen steigen, Hüpfen, Laufen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Was war sonst noch?																																																																											
War Dir übel oder schlecht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Musstest Du erbrechen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Warst Du lichtempfindlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Warst Du geräuschempfindlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
War Dir schwindelig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Hattest Du Probleme beim Sehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
War sonst noch etwas?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Wenn ja, was?																																																																											
Hast Du wegen der Kopfschmerzen ein Medikament genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Wenn ja, welches?																																																																											
Wie gut hat es geholfen? Vergib bitte eine Schulnote.	Note 1-6: .....	Note 1-6: .....	Note 1-6: .....																																																																								
Was hast Du außerdem gemacht, als Du die Kopfschmerzen hattest? (z.B. Ablenkung, Spielen, Ausruhen)																																																																											
Wenn ja, wie gut hat das geholfen?	Note 1-6: .....	Note 1-6: .....	Note 1-6: .....																																																																								
Haben Dich die Kopfschmerzen vom Schulbesuch abgehalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Oder haben Dich die Kopfschmerzen von irgendetwas anderem abgehalten? (z.B. Hausaufgaben, Sport, Verabredung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Wenn ja, wovon?																																																																											
Gab es heute noch etwas Besonderes bezüglich der Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																																								
Wenn nein, dann: Toll, dass Du heute dein Kopfschmerztagebuch ausgefüllt hast. Zur Belohnung darfst Du in dieses Feld malen, schreiben, stempeln oder kleben – ganz wie Du magst!																																																																											

# Kopfschmerztagebuch des Deutschen Kinderschmerzentrums, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln

[illegible]

**PedMIDAS – deutsche Version**

1. **An wie vielen Tagen hattest du in den letzten 3 Monaten Kopfschmerzen? Denke an die Zeit seit Beginn der Sommerferien!**

An ungefähr I \_ I \_ I Tagen

2. **An wie vielen Tagen hattest du in den letzten drei Monaten ganze Schultage wegen Kopfschmerzen versäumt?**

An ungefähr I \_ I \_ I Tagen

3. **An wie vielen Tagen hattest du in den letzten drei Monaten einzelne Schulstunden wegen Kopfschmerzen versäumt?** (Bitte hier nicht die Tage mitzählen, an denen Du den ganzen Tag gefehlt hast!)

An ungefähr I \_ I \_ I Tagen

4. **An wie vielen Tagen warst du trotz Kopfschmerzen in der Schule, hast dich aber nur halb so gut konzentrieren und mitmachen können wie sonst?** (Bitte nicht die Tage, die in den beiden vorherigen Fragen gezählt wurden, hinzuzählen!)

An ungefähr I \_ I \_ I Tagen

5. **An wie vielen Tagen konntest du wegen Kopfschmerzen keine Aufgaben zu Hause (z.B. Hausaufgaben, Zimmer aufräumen) machen?**

An ungefähr I \_ I \_ I Tagen

6. **An wie vielen Tagen hast du wegen Kopfschmerzen bei Unternehmungen in der Familie oder bei Spielen mit Freunden gar nicht mitmachen können?**

An ungefähr I \_ I \_ I Tagen

7. **An wie vielen Tagen hast du wegen Kopfschmerzen bei Unternehmungen in der Familie oder bei Spielen und Unternehmungen mit Freunden nur halb so viel wie sonst mitmachen können?** (Bitte hier nicht die Tage mitzählen, an denen du gar nicht dabei warst!)

An ungefähr I \_ I \_ I Tagen

## Beobachtung des Schmerzverhaltens bei Demenz

Name des/der Beobachteten: .....

*Beobachten Sie den Patienten/die Patientin zunächst 2 Minuten lang. Dann kreuzen Sie die beobachteten Verhaltensweisen an. Im Zweifelsfall entscheiden Sie sich für das vermeintlich beobachtete Verhalten. Setzen Sie die Kreuze in die vorgesehenen Kästchen. Mehrere positive Antworten (außer bei Trost) sind möglich.*

☐ Ruhe

☐ Mobilisation, und zwar durch folgende Tätigkeit: .....

Beobachter/in: .....

Atmung (unabhängig von Lautäußerungen)	Nein	Ja	Punkt wert
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
<b>Gelegentlich</b> angestrenktes Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<b>Kurze</b> Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Lautstarkes</b> angestrenktes Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<b>Lange</b> Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cheyne-Stokes-Atmung (tiefer werdende und wieder abflachende Atemzüge mit Atempausen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Negative Lautäußerungen</b>			
Keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Gelegentliches Stöhnen oder Ächzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Leise negative oder missbilligende Äußerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wiederholtes beunruhigtes Rufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Lautes Stöhnen oder Ächzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Beobachtung des Schmerzverhaltens bei Demenz

Name des/der Beobachteten: .....

Gesichtsausdruck	nein	ja	Punkt- wert
Lächelnd oder nichtssagend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sorgenvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grimassierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<b>Körpersprache</b>			
Entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Angespannte Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Nervöses Hin-und-her-Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nesteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Starre Körpersprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Geballte Fäuste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angezogene Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sich-Entziehen oder Wegstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Trost</b>			
Trösten nicht notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Stimmt es, dass bei oben genanntem Verhalten Ablenkung oder Beruhigung durch Stimme oder Berührung <b>möglich</b> ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Stimmt es, dass bei oben genanntem Verhalten Trösten, Ablenkung, Beruhigung <b>nicht möglich</b> ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<b>Gesamtpunktzahl von Maximalpunktzahl</b>			<b>___/10</b>

Andere Auffälligkeiten:

.....

.....

.....



