

Schmerzanamnese

LEBI – Kritische Lebensereignisse

Können Sie im Zeitraum von 1-2 Jahren vor Beginn der Schmerzen irgendwelche bedeutsamen Lebensereignisse erinnern, auch wenn sie gar nicht im Zusammenhang mit den Schmerzen stehen (z. B. Krankheit oder Verlust einer nahestehenden Person, Umzug, berufl. Veränderung etc.)?

1. _____
2. _____
3. _____

FZL

Bitte stufen Sie ein, wie wichtig folgende Lebensbereiche für Ihre Zufriedenheit sind!

Bevor Sie beginnen, schauen Sie sich bitte erst alle Bereiche an.

Bitte kreisen Sie eine Zahl in jeder Säule ein. Die Zahlen geben dabei Zufriedenheitsgrad an.

1 = so gut wie nicht wichtig

5 = besonders wichtig

Wie wichtig sind Ihnen zur Zeit :

5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1
Familien- leben / Kinder	Partner- schaft / Sexualität	Gesund- heit	Wohn- situation	Freizeit / Hobbies	Freunde / Bekannte	Einkommen finanz. Sicherheit	Beruf / Arbeit

FFbH-R

In den folgenden zwölf Fragen geht es um Tätigkeiten aus dem täglichen Leben. Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie in den **letzten sieben Tagen** zutraf.
Sie haben drei Antwortmöglichkeiten:

- | | | |
|-----|----------------------------------|--|
| (1) | ja | Sie können die Tätigkeit ohne Schwierigkeiten ausführen. |
| (2) | ja, aber mit Mühe | Sie haben dabei Schwierigkeiten, z. B. Schmerzen, es dauert länger als früher, oder Sie müssen sich dabei abstützen. |
| (3) | nein, oder nur mit fremder Hilfe | Sie können es gar nicht oder nur, wenn eine andere Person Ihnen dabei hilft. |

Bitte beantworten Sie <u>jede</u> Frage!	Nein, oder nur mit fremder Hilfe (1)	Ja, aber mit Mühe (2)	Ja (3)
01. Können Sie sich strecken, um z. B. ein Buch von einem hohen Schrank oder Regal zu holen?			
02. Können Sie einen mindestens 10 kg schweren Gegenstand (z. B. vollen Wassereimer oder Koffer) hochheben und 10 m weit tragen?			
03. Können Sie sich von Kopf bis Fuß waschen und abtrocknen?			
04. Können Sie sich bücken, um ein Geldstück oder zerknülltes Papier vom Boden aufzuheben?			
05. Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen?			
06. Können Sie eine Stunde auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen?			
07. Können Sie 30 Minuten ohne Unterbrechung stehen (z. B. in einer Warteschlange)?			
08. Können Sie sich im Bett aus der Rückenlage aufsetzen?			
09. Können Sie Strümpfe an- und ausziehen?			
10. Können Sie im Sitzen einen kleinen heruntergefallenen Gegenstand (z. B. eine Münze) neben Ihrem Stuhl aufheben?			
11. Können Sie einen schweren Gegenstand (z. B. einen gefüllten Kasten Mineralwasser) vom Boden auf den Tisch stellen?			
Können Sie 100 Meter schnell laufen (nicht gehen), etwa um einen Bus noch zu erreichen?			

Belastungen & Beanspruchungen

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu Ihrem Arbeitsplatz und Ihrer Arbeitstätigkeit. Vorher möchten wir Sie jedoch bitten, eine Skizze von Ihrem Arbeitsraum mit den darin enthaltenen Gegenständen (z. B. Arbeitstisch(e), Drucker, Pflanzen, Beleuchtung..) anzufertigen. Bitte zeichnen Sie unbedingt auch Fenster und Türen ein.



SIGMA / KFZA (#)

Frage		Trifft zu	Trifft nicht zu
01.	Können Sie bei Ihrer Arbeit Neues dazulernen? (Vielseitigkeit) #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02.	Können Sie bei Ihrer Arbeit Ihr Wissen und Können voll einsetzen? (V) #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03.	Bei meiner Arbeit habe ich insgesamt gesehen häufig wechselnde unterschiedliche Arbeitsaufgaben. (V) #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04.	Bei meiner Arbeit sehe ich selber am Ergebnis, ob meine Arbeit gut war oder nicht. (Ganzheitlichkeit) #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05.	Meine Arbeit ist so gestaltet, dass ich die Möglichkeit habe, ein vollständiges Arbeitsprodukt von Anfang bis Ende herzustellen. (Ganzheitl.) #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06.	Wenn Sie Ihre Tätigkeit insgesamt betrachten, können Sie die Reihenfolge der Arbeitsschritte selbst bestimmen?(Handlungsspielraum) #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07.	Wieviel Einfluss haben Sie darauf, welche Arbeit Ihnen zugeteilt wird?(H) #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08.	Können Sie Ihre Arbeit selbständig planen und einteilen? (H) #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

			Trifft zu	Trifft nicht zu
09.	Ich			
	übe meine Arbeit überwiegend alleine aus	<input type="checkbox"/>		
	arbeite überwiegend gemeinsam mit anderen	<input type="checkbox"/>		
	arbeite (im Team) an der Hauptarbeitsaufgabe	<input type="checkbox"/>		
10.	Für mein Arbeitsergebnis bin ich allein verantwortlich.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich kann mich jederzeit mit arbeitsbezogenen Fragen an meine Kollegen oder die Führungskraft wenden.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ich kann mir notwendige Informationen jederzeit beschaffen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Sie sind hauptsächlich			
	Im Freien tätig	<input type="checkbox"/>		
	In geschlossenen Räumen tätig	<input type="checkbox"/>		
14.	Der Arbeitsplatz ist so eingerichtet, dass ich mich hier wohlfühlen kann.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Der Raum wird ausreichend gleichmäßig (nicht punktförmig) ausgeleuchtet.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Die Lautstärke am Arbeitsplatz erlaubt konzentriertes Arbeiten.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	An meinem Arbeitsplatz ist es sehr laut		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Leise Radiomusik	<input type="checkbox"/>		
	Normales Gespräch oder Schreibmaschine	<input type="checkbox"/>		
	Vorbeifahrender PKW oder lautes Gespräch	<input type="checkbox"/>		
	Starker Strassenverkehr oder laute Musik	<input type="checkbox"/>		
	Laute Bohrmaschine	<input type="checkbox"/>		
	LKW in 5 m Entfernung	<input type="checkbox"/>		
	Kreissäge oder Discothek oder Metallverarbeitung	<input type="checkbox"/>		
18.	An meinem Arbeitsplatz herrschen angenehme Temperaturen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Im Arbeitsraum ist es weder spürbar trocken noch feucht.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Im Arbeitsraum ist häufig ein Luftzug spürbar.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Im Arbeitsraum wird nicht geraucht.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Die Höhe des Arbeitstisches ist auf meine Körpergröße / Sitzhöhe angepasst.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Der Arbeitsstuhl lässt sich leicht in der Höhe einstellen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Ich sitze auf meinem Arbeitsstuhl so, dass ich meine Füße vollständig auf den Boden (oder auf die Fußstütze) stellen kann.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trifft
zu

Trifft
nicht
zu

Nur für Bildschirmarbeitsplatzinhaber (sonst weiter mit Frage 31):

25. Wie lange arbeiten Sie durchschnittlich am Bildschirm pro Tag?

- 1 Stunde ☐
- 4 Stunden ☐
- mehr als 4 Stunden ☐

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 26. Ich kann den Abstand zwischen meinen Augen und dem Monitor individuell einstellen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Mein Monitor steht so, dass ich von einfallendem Tageslicht (Monitor steht direkt vor dem Fenster) oder vom Deckenlicht geblendet werde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Mir steht für meine Arbeit ein Beleghalter zur Verfügung, den ich auch nutze. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Mein Monitor flimmert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Bei bzw. nach meiner Bildschirmarbeit habe ich häufig Augenschmerzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Bei meiner Bildschirmarbeit verspüre ich häufig Verspannungen im Schulter-Arm-Bereich, im Nacken oder im Rücken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Ich bin genauso qualifiziert wie alle anderen Kollegen innerhalb der Arbeitsgruppe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Die tatsächliche Arbeitszeit beträgt mehr als 8 Stunden pro Tag. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Ich habe Einfluss auf die Lage der täglichen Arbeitszeit (z. B. im Fall von Gleitzeit). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. An Wochenenden muss nicht gearbeitet werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Ich arbeite in einem Wechselschichtsystem (festgelegte Abfolge von Früh-, Spät- und evtl. Nachtschichten). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Der Schichtplan ist mir mindestens einen Monat im voraus bekannt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Ich kann Wünsche bei der Zusammenstellung des Schichtplans äußern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Im voraus steht fest, wann ich eine Pause von mindestens 30 Minuten nehmen kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Ich habe die Möglichkeit, meine Arbeit durch mehrere kurze Pausen aufzulockern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

		Trifft zu	Trifft nicht zu
41.	Nach Beendigung der täglichen Arbeit stehen mir mindestens 11 Stunden zur Erholung zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Im vergangenen Jahr kam es vor, dass ich über einen Zeitraum von mindestens einem Monat, pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bis zu 10 Überstunden	<input type="checkbox"/>	
	zwischen 10 und 40 Überstunden	<input type="checkbox"/>	
	über 40 Überstunden	<input type="checkbox"/>	
43.	Das Unternehmen fördert meine Bemühungen, beruflich weiterzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Diese Arbeit bietet mir gute Möglichkeiten, innerhalb des Unternehmens weiterzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Ich erhalte		
	Zeitlohn oder Festgehalt	<input type="checkbox"/>	
	Akkordlohn	<input type="checkbox"/>	
	Meinen Lohn nach einem anderen System	<input type="checkbox"/>	
	und zwar _____		
46.	Für das, was ich hier leisten muss, ist die Bezahlung angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	Es finden regelmäßig Gespräche zwischen meinem Vorgesetzten und mir (mindestens einmal pro Woche) statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	Mein Vorgesetzter gibt mir regelmäßige Rückmeldung über meine Arbeitsergebnisse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	Ich habe die Möglichkeit, bei der Ausübung der Arbeit zwischen Stehen und Sitzen zu wählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	Die Arbeit erfordert von mir keine bestimmte Körperhaltung, die über einen längeren Zeitraum (mehr als 30 Minuten) eingenommen werden muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	Zur Erledigung meiner Arbeit sind keine besonderen körperlichen Kräfte erforderlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	Falls bei Frage 51 „trifft nicht zu“ angekreuzt wurde: Es stehen mir ausreichend Hilfsmittel (z. B. Hebevorrichtungen o. ä.) zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	Der Arbeitsplatz erlaubt den Einsatz von leistungsgeminderten Personen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.	Meine Arbeit ist abwechslungsreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Trifft zu	Trifft nicht zu
55.	Ausserordentliche Leistungen werden nicht über längere Zeiträume hinweg (nicht mehr als eine Arbeitswoche) verlangt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.	Ich muss mich nicht besonders beeilen, um meine Arbeit pünktlich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.	Im großen und ganzen kann ich meine Arbeit hier ungestört erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.	Meine Qualifikationen entsprechen den Anforderungen meiner Arbeitsstelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59.	An Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nehme ich regelmäßig teil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.	Unter uns Kollegen gibt es nur sehr selten Ärger oder Streit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.	Konflikte werden nicht einfach „unter den Teppich gekehrt“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62.	Hier braucht man keine Befürchtungen davor zu haben, seinen Arbeitsplatz verlieren zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FABA: Typ-A-Verhalten

Vor Ihnen liegt eine Reihe von Behauptungen, deren Inhalt mehr oder weniger für Sie zutreffend sein wird. Bitte kreuzen Sie das Antwortfeld an, von dem Sie meinen, dass es Ihre Haltung zu dem angesprochenen Sachverhalt am ehesten widerspiegelt. Dabei können Sie keinen Fehler begehen, denn jede Antwort ist richtig, da sie Ihre persönliche Bewertung darstellt.

Kreuzen Sie bitte **ohne zu zögern** auf der Skala von „Ich lehne das stark ab.“ bis „Ich stimme dem stark zu.“ Ihre jeweilige Einstellung zu der Behauptung an.

Skalen:

Erholungsunfähigkeit / Arbeitsengagement (E)

Exzessive Planungsambitionen (Gegenteil von Selbstmanagement) (P)

Ugeduld (U)

Dominanz (D)

	Ich lehne das stark ab	Ich lehne das etwas ab	Ich stimme dem etwas zu	Ich stimme dem stark zu
	1	2	3	4
01. Wenn es irgendwie möglich ist, versuche ich, eine Arbeit rechtzeitig zu erledigen, um noch Zeit für eventuelle Korrekturen zu haben. P				
02. Sobald ich gemeinsam mit anderen eine Aufgabe übernehme, will ich schneller und besser sein als sie. D				
03. Meine Arbeit pulvert mich manchmal so auf, dass ich gar nicht mehr zur Ruhe komme. E				
04. Ich schlafe schlecht ein, weil mir oft Berufsprobleme durch den Kopf gehen. E				

05. Bevor ich eine größere Arbeit beginne, mache ich mir einen genauen Plan, wie ich alles bewältigen kann. P				
06. Es fällt mir immer wieder schwer, Zeit für persönlich Dinge (z. B. Friseur) zu finden. E				
07. Wenn ich unter Zeitdruck stehe, bemühe ich mich, sorgfältig die nächsten Schritte zu planen. P				
08. Auch im Urlaub muss ich häufig an Probleme meiner Arbeit denken. E				
09. Zu Verabredungen bin ich pünktlich. P				
10. Ich organisiere mein Leben sorgfältig und gewissenhaft. P				
11. Wenn ich merke, dass ich einen Termin nicht einhalten kann, werde ich hektisch. U				
12. Ich bin mitunter so erregt, dass ich mich bremsen muss, um nicht überstürzt zu handeln. U				
13. Ich übernehme gern bei gemeinsamen Vorhaben die Führung. D				
14. Es ist für mich ganz normal, in einer Gesellschaft im Mittelpunkt zu stehen. D				
15. Ich strenge mich oft bei meiner Arbeit so an, wie man es sicher nicht sein ganzes Leben durchhalten kann. E				
16. Wenn ich von anderen gestört werde, reagiere ich hin und wieder unbeherrscht. U				
17. Ich neige dazu, überstürzt zu handeln, ohne alles ausreichend bedacht zu haben. U				
18. Es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten. E				
19. Ich werde leicht ungeduldig, wenn eine Sache nicht so recht vorangeht. U				
20. Ich halte es für notwendig, dass man sich in jeder Situation in der Gewalt hat. P				

KSI

Blau = Durchhaltesyndrom (DS)

Rot = Vermeidung (körperl. + soz. Vermeidung) (V)

FAGS

Kultur Soziale Unterstützung (KSU)

Kontrollüberzeugungen - external (GKÜE)

Betriebliche Normen (KBN)

Kontrollüberzeugungen - internal (GKÜI)

Verantwortungsübernahme (MVÜ)

Risikokommunikation (RKO)

GBL G

Selbst formuliert

Soz. Unterstützung durch das Umfeld SU

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen und Aussagen zu verschiedenen Zuständen und Situationen. Bitte **kreuzen** Sie zu jeder Frage die für Sie **persönlich zutreffende Antwort** (Zahl zwischen 1 und 5) an. Bitte beantworten Sie **jede** Frage bzw. Aussage und kreuzen Sie **jeweils nur eine** Zahl an.

01. Wenn ich Schmerzen habe, vermeide ich Zusammensein mit anderen Menschen. V	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
02. Wenn ich Schmerzen habe, sage ich private Verabredungen ab. V	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
03. Wenn es um meine Gesundheit geht, kann ich mich auf meine Kollegen verlassen. (KSÜ)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
04. Selbst im Urlaub muss ich an Probleme bei der Arbeit denken. G	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
05. In unseren regelmäßigen Arbeitsbesprechungen sprechen wir über das Thema „Gesundheit am Arbeitsplatz“. (RKO)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
06. Ich verdanke es meinem Schicksal, wenn meine gesundheitlichen Beschwerden wieder verschwinden. (GKÜE)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
07. Wenn ich Schmerzen habe, sage ich Gästen, die ich eingeladen hatte ab. V	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
08. Unser Unternehmen investiert viel in die Gesundheitsförderung für uns Mitarbeiter. (KBN)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
09. Ich fühle mich mit verantwortlich für die Sicherheit der Arbeitskollegen. (MVÜ)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Wenn andere mich ansprechen, reagiere ich mürrisch. G	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Unser Vorgesetzter spricht mit uns über Gesundheit am Arbeitsplatz. (RKO)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Wenn ich Schmerzen habe, vermeide ich körperlich anstrengende Tätigkeiten. V	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Wenn ich Schmerzen habe, setze ich eine Tätigkeit, die ich gerade ausführe, in jedem Fall fort. DS	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Was unser Betrieb für unsere Gesundheit unternimmt, ist entweder nicht ausreichend oder unsinnig. (KBN)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Wenn ich Schmerzen habe, ruhe ich mich aus. V	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Wenn ich Schmerzen habe, bekomme ich Unterstützung und Hilfe von aussen. SU	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Wenn ich Schmerzen habe, vermeide ich sportliche Aktivität. V	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Ich finde die Regelungen der Gesundheitsförderung in unserem Unternehmen gut. (KBN)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten. G	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Wenn es um meine Gesundheit geht, kann ich mich auf meinen Vorgesetzten verlassen. (KSU)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Ich bin schnell verärgert. G	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. In unserem Unternehmen wird nicht danach gefragt, ob die Arbeitsbedingungen unserer Gesundheit schaden. (KBN)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Ich bin der Meinung, dass Zufall und Glück eine große Rolle für mein körperliches Wohlbefinden spielen. (GKÜE)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Wenn ich Schmerzen habe, passe ich auf, mich nicht gehen zu lassen. DS	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Wir halten in unserer Abteilung gut zusammen. (KSU)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

26.	Wenn ich Schmerzen habe, versuche ich sie nicht zu beachten. DS	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.	Bei meiner Arbeit bin ich dafür verantwortlich, dass niemand Schaden nimmt. (MVÜ)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28.	Auch wenn ich Schmerzen haben, freuen sich meine Freunde / Lebenspartner mit mir zusammen zu sein. SU	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29.	Wenn ich auf mich achte, bekomme ich keine gesundheitlichen Beschwerden. (GKÜI)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30.	Wenn ich Schmerzen habe, halte ich Termine ein, obwohl mir nicht danach zumute ist. DS	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31.	Ob meine gesundheitlichen Beschwerden länger andauern, hängt vor allem vom Zufall ab. (GKÜE)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32.	Wenn ich von der Arbeit nach Hause komme, bin ich ziemlich nervös. G	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33.	Ich fühle mich verantwortlich für den ordnungsgemäßen Zustand von Arbeitsgeräten und Hilfsmitteln (MVÜ)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34.	Wenn ich Schmerzen habe, gehe ich mit Humor darüber hinweg. DS	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35.	Ich fühle mich wie jemand, den man als Nervenbündel bezeichnet. G	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36.	Wenn ich Schmerzen habe, lenke ich mich zu Hause durch kleinere Tätigkeiten ab. DS	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37.	Wenn ich sorgfältig arbeite, kann mir kein Unfall passieren. (GKÜI)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38.	Ich reagiere gereizt, obwohl ich es gar nicht will. G	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39.	Ich habe Freunde / Lebenspartner, die mich unterstützen und aufmuntern, wenn ich Schmerzen habe. SU	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40.	Ich muss auch zu Hause an Schwierigkeiten bei der Arbeit denken. G	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

ADS

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht / entsprochen hat.

Antworten: 0 = selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)
 1 = manchmal (1 bis 2 Tage lang)
 2 = öfters (3 bis 4 Tage lang)
 3 = meistens, die ganze Zeit (5 – 7 Tage lang)

	selten	manch- mal	öfters	meistens
Während der letzten Woche....	0	1	2	3
01. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen				
02. konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/ Familie versuchten, aufzumuntern				
03. hatte ich Mühe mich zu konzentrieren				
04. war ich deprimiert / niedergeschlagen				
05. war alles anstrengend für mich				
06. dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag				
07. hatte ich Angst				
08. habe ich schlecht geschlafen				
09. war ich fröhlich gestimmt				
10. habe ich weniger als sonst geredet				
11. fühlte ich mich einsam				
12. habe ich das Leben genossen				
13. war ich traurig				
14. hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können				
15. konnte ich mich zu nichts aufraffen				

Beschwerdenliste**FBL = #****Welche anderen Schmerzen oder Beschwerden stören Sie in Ihrem Wohlbefinden?**

Sie finden hier eine Reihe von Fragen nach verschiedenen körperlichen Vorgängen und Beschwerden. Sie werden hierbei jeweils nach der Stärke der Beschwerden gefragt. Bitte beantworten Sie jede Frage auf der Skala „nie“ bis „sehr stark“.

Kreuzen Sie bitte immer ein Antwort-Kästchen an und überspringen sie bitte keines.

Ich leide bzw. litt unter folgenden Beschwerden	Beschwerden				
	nie	kaum stark	mäßig	stark	Sehr stark
	1	2	3	4	5
01. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals					
02. Kurzatmigkeit					
03. Schwächegefühl					
04. Schluckbeschwerden					
05. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust					
06. Druck- oder Völlegefühl im Leib					
07. Mattigkeit					
08. Übelkeit					
09. Sodbrennen oder saures Aufstoßen					
10. Reizbarkeit					
11. Grübeleien					
12. Starkes Schwitzen					
13. Kreuz- oder Rückenschmerzen					
14. Innere Unruhe					
15. Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen					
16. Unruhe in den Beinen					
17. Überempfindlichkeit in den Beinen					
18. Überempfindlichkeit gegen Kälte					
19. Übermäßiges Schlafbedürfnis					
20. Schlaflosigkeit					
21. Schwindelgefühl					
22. Zittern					
23. Nacken- oder Schulterschmerzen					
24. Gewichtsabnahme					
25. Schnelles Ermüden #					
26. Konzentrationsstörungen #					
27. Verdauungsstörungen #					
28. Kopfschmerzen #					
29. Hand- oder Armbeschwerden? #					
30. Haben Sie andere Beschwerden?					
.....					
26.					