

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

vielen Dank dass Sie sich bereit erklären zum besseren Verständnis von CRPS beizutragen. In unserer bisherigen Arbeit mit CRPS ist uns aufgefallen, dass Patientinnen und Patienten überdurchschnittlich häufig über Kopfschmerzen und extreme Müdigkeit/Abgeschlagenheit klagen. Unser aktuelles Ziel ist es daher Begleiterkrankungen, insbesondere Kopfschmerzerkrankungen und extreme Müdigkeit (Fatigue) systematisch zu erfassen. Wir versuchen einen möglichen Zusammenhang besser zu verstehen, um dieses Wissen zukünftig in die Therapie von CRPS einfließen lassen zu können.

Im Folgenden stellen wir Ihnen einige Fragen sowohl zu CRPS als auch zu oben genannten Begleiterkrankungen.

Zudem haben wir mehrere Fragebögen angehängt mit der Bitte diese auszufüllen.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben ist eine wichtige Grundlage für die Diagnose und Behandlung.

Die Datenerhebung erfolgt anonymisiert, d.h Sie müssen an keiner Stelle Ihren Namen oder Ihre Kontaktdaten eintragen.

Bitte Beachten Sie, dass die Verwendung und Verbreitung der Fragebögen aus urheberrechtlichen Gründen nur im Rahmen der aktuellen Untersuchung gestattet ist.

Vielen Dank!

Ihr Forschungsteam der Neurologie der Universitätsmedizin Greifswald

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Bogen per email (sebastian.strauss@med.uni-greifswald) oder per Post (auf Wunsch erhalten Sie einen frankierten Rückumschlag) an

Dr Sebastian Strauss, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Sauerbruchstraße, 17475 Greifswald zurück.

1. Allgemeine Angaben

Geburtsdatum: _____

Wie ist Ihr Familienstand? (bitte Zutreffende ankreuzen bzw. angeben)

ledig verheiratet/eingetragene Partnerschaft geschieden verwitwet

Haben Sie Kinder? nein ja, wie viele?: _____

Wie ist Ihre Wohnsituation? (bitte Zutreffende ankreuzen bzw. angeben, falls nicht aufgeführt)

alleinlebend Wohngemeinschaft Partnerschaft Familie andere: _____

Was ist ihre aktuelle Beschäftigung? (Ausbildung, Studium, Beruf etc.) _____

2. Allgemeine MEDIZINISCHE ANAMNESE

Welche Vorerkrankungen haben Sie, außer Kopfschmerzen und CRPS? (bitte Zutreffende ankreuzen bzw. angeben)

Diabetes mellitus Bluthochdruck Nierenerkrankung Magen-Darm-Erkrankungen

Blutfetterhöhung Schilddrüsenerkrankung Tumorerkrankungen, welche?

Herzinfarkt Herzrhythmusstörungen andere Herzerkrankung, welche?

Schlaganfall Epilepsie andere neurologische Erkrankung, welche? _____

Depression Angststörung andere psychiatrische Erkrankung, welche? _____

3. SUBSTANZANAMNESE

Konsumieren Sie Tabakprodukte (sind Sie „Raucher“)? nein ja

Wie oft trinken Sie Alkohol? (bitte Zutreffende ankreuzen)

nie etwa 1x/Monat etwa 2-4x/Monat 2-3x/Woche 4x oder mehr/Woche

Nehmen Sie Drogen und falls ja, welche Drogen nehmen Sie? (bitte Zutreffende ankreuzen bzw. angeben)

Keine Drogen ja, welche?

4. CRPS

Im folgenden bitten wir sie Frage zu Ihrer CRPS-Erkrankung zu beantworten

4.1 CRPS-Anamnese

Betroffene Extremität: _____

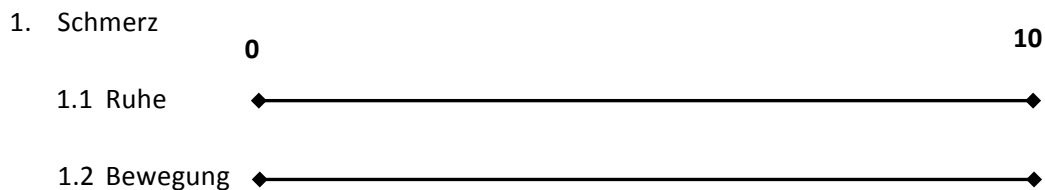
Auslößendes Ereigniss /Jahr: _____ Jahr: _____

Diagnosestellung: Ort: _____ Jahr: _____

Bisherige medikamentöse
und nichtmedikamentöse
Therapieversuche _____

4.2 Schmerzlevel

Bitte kreuzen sie ihr aktuelles Schmerzlevel der betroffenen Extremität an: 0 entspricht keine Schmerzen und 10 entspricht den stärksten vorstellbaren Schmerzen.



4.3 Schwere des CRPS-Syndroms (CSS)¹

a) Haben Sie dauerhafte Schmerzen an der betroffenen Körperstelle?

ja nein ich weiß nicht

b) Verspüren Sie Schmerzen bei Druck auf der Extremität (z.B. Händedruck, enge Schuhe)

ja nein ich weiß nicht

c) Verspüren Sie Schmerzen bei leichter Berührung an der betroffenen Körperstelle?

ja nein ich weiß nicht

d) fühlt sich betroffene Körperstelle wärmer bzw kälter als die Gegenseite an?

ja nein ich weiß nicht

wenn ja: wärmer :

kälter :

e) Besteht ein Unterschied in der Hautfärbung der betroffenen Stelle zur Gegenseite?

ja nein ich weiß nicht

d) Besteht ein Unterschied in der Schweißbildung an der betroffenen Stelle zur Gegenseite ?

ja nein ich weiß nicht

e) Haben Sie Schwellungen der betroffenen Extremität bemerkt die auf der Gegenseite nicht aufgetreten sind ?

ja nein ich weiß nicht

f) Haben Sie Veränderungen des Nagel- / Haarwachstum an der betroffenen Extremität bemerkt?

ja nein ich weiß nicht

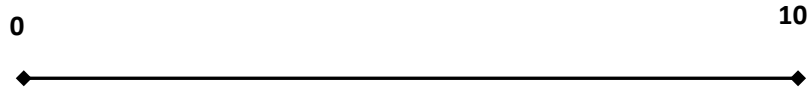
g) Haben Sie eine Einschränkung in der Beweglichkeit der Hände bemerkt?

ja nein ich weiß nicht

5. Müdigkeit /Erschöpfung

Bitte kreuzen sie die aktuell erlebte Müdigkeit/Erschöpfung an:

0 entspricht keiner Erschöpfung und 10 entspricht den stärksten vorstellbaren Erschöpfung



Wir bitten sie folgende Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität, der Stimmungslage und dem Auftreten von extremer Erschöpfung auszufüllen.

Fatigue Severity Scale ²

Bitte bewerten Sie jede Aussage auf einer Skala von 1 (trifft nicht zu) bis 7 (trifft voll zu) bewerten

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe weniger Motivation, wenn ich erschöpft bin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Körperliche Betätigung führt zu mehr Erschöpfung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin schnell erschöpft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Erschöpfung beeinflusst meine Körperliche Belastbarkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Erschöpfung verursacht Probleme für mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Erschöpfung behindert Körperliche Betätigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Erschöpfung behindert mich an der Ausführung bestimmter Aufgaben und Pflichten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Erschöpfung gehört zu den drei mich am meisten behindernden Beschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Erschöpfung hat Einfluss auf Meine Arbeit, meine Familie bzw. mein soziales Leben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mittelwert: _____

| Fatigue Skala für Motorik und Kognition ³ | Trifft gar nicht zu | Trifft wenig zu | Trifft teils-teils zu | Trifft ziemlich zu | trifft völlig zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Wenn ich mich längere Zeit konzentriere, erschöpfe ich schneller als andere Menschen in meinem Alter. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Meine Bewegungen werden im Zustand der Erschöpfung deutlich ungeschickter und unkoordinierter. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wegen meiner Erschöpfungszustände brauche ich heute bei körperlichen Tätigkeiten häufigere und/oder auch längere Ruhepausen als früher. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Im Zustand der Erschöpfung bin ich unfähig, Entscheidungen zu treffen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich fühle mich heute körperlich schneller erschöpft als früher, wenn ich stressigen Situationen ausgesetzt bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wegen meiner Erschöpfungszustände habe ich wesentlich weniger soziale Kontakte als früher. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Wegen meiner Erschöpfungszustände fällt es mir heute schwerer, etwas Neues zu lernen als früher. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Berufliche Anforderungen lassen mich geistig schneller erschöpfen als früher. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Erschöpfungszustände spüre ich besonders stark in meinen Muskeln. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bei körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum habe ich mehr Mühe durchzuhalten als früher. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Meine Konzentrationsfähigkeit nimmt bei Stress beträchtlich ab. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Im Zustand der Erschöpfung bin ich weniger motiviert als andere Menschen, Tätigkeiten zu beginnen, die mit körperlicher Anstrengung verbunden sind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Mein Denken verlangsamt sich zusehends, wenn es heiss ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. Meine Bewegungen werden im Zustand der Erschöpfung eindeutig langsamer. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Wegen meiner Erschöpfungszustände habe ich heute weniger Lust als früher, etwas zu tun, was Nachdenken erfordert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Wenn sich ein Erschöpfungszustand einstellt, bin ich überhaupt nicht mehr in der Lage, schnell zu reagieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Im Zustand der Erschöpfung kommen mir bestimmte Worte nicht mehr in den Sinn. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Meine Aufmerksamkeit lässt im Erschöpfungszustand wesentlich schneller nach als früher. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Wenn es heiss ist, fühle ich mich hauptsächlich körperlich extrem schwach und energielos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Im Zustand der Erschöpfung nimmt meine Vergesslichkeit merklich zu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2: Adaptiert von: Pfeiffer. Assessment: Fatigue Severity Scale – Einsatz bei Erschöpfung. *ergopraxis* 2010; 3(7/08): 26-27

3: Adaptiert von: Penner, I., Raselli, C., Stöcklin, M., Opwis, K., Kappos, L., & Calabrese, P. (2009). The Fatigue Scale for Motor and Cognitive Functions (FSMC): validation of a new instrument to assess multiple sclerosis-related fatigue. *Multiple Sclerosis Journal*, 15(12), 1509–1517. <https://doi.org/10.1177/1352458509348519>

6. Lebensqualität /Stimmung

6.1 HADS⁴

Dieser Fragebogen bezieht sich auf Ihr Befinden in der vergangenen Woche. Wie bitten Sie, jede Frage zu beantworten und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutrif. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage. Lassen Sie bitte keine Frage aus.

| | |
|---|--|
| <p>1) Ich fühle mich angespannt oder überreizt.</p> <p><input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> | <p>8) Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.</p> <p><input type="checkbox"/> fast immer <input type="checkbox"/> sehr oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> |
| <p>2) Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.</p> <p><input type="checkbox"/> ganz genau so <input type="checkbox"/> nicht ganz so sehr <input type="checkbox"/> nur noch ein wenig <input type="checkbox"/> kaum oder gar nicht</p> | <p>9) Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> sehr oft</p> |
| <p>3) Mich überkommt eine schreckliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, sehr stark <input type="checkbox"/> ja, aber nicht zu stark <input type="checkbox"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> | <p>10) Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, trifft voll zu <input type="checkbox"/> ich kümmere mich darum deutlich weniger <input type="checkbox"/> ich kümmere mich darum etwas weniger <input type="checkbox"/> ich kümmere mich wie immer</p> |
| <p>4) Ich kann lachen und die lustigen Dinge sehen.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, so viel wie immer <input type="checkbox"/> nicht mehr ganz so viel <input type="checkbox"/> inzwischen viel weniger <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> | <p>11) Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> nicht sehr <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> |
| <p>5) Mir gehen beunruhigende Dinge durch den Kopf.</p> <p><input type="checkbox"/> einen Großteil der Zeit <input type="checkbox"/> verhältnismäßig oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht zu oft <input type="checkbox"/> nur gelegentlich / nie</p> | <p>12) Ich blicke mit Freude in die Zukunft.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, sehr <input type="checkbox"/> eher weniger als früheres <input type="checkbox"/> viel weniger als früher <input type="checkbox"/> kaum bis gar nicht</p> |
| <p>6) Ich fühle mich glücklich.</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft</p> | <p>13) Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.</p> <p><input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr oft <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> nicht sehr oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> |
| <p>7) Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, natürlich <input type="checkbox"/> gewöhnlich schon <input type="checkbox"/> nicht oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> | <p>14) Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.</p> <p><input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> eher selten <input type="checkbox"/> sehr selten</p> |

6.2 EQ-5D-5L⁵

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift DAS Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen
- Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
- Ich habe große Probleme herumzugehen
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

FÜR SICH SELBST SORGEN

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT

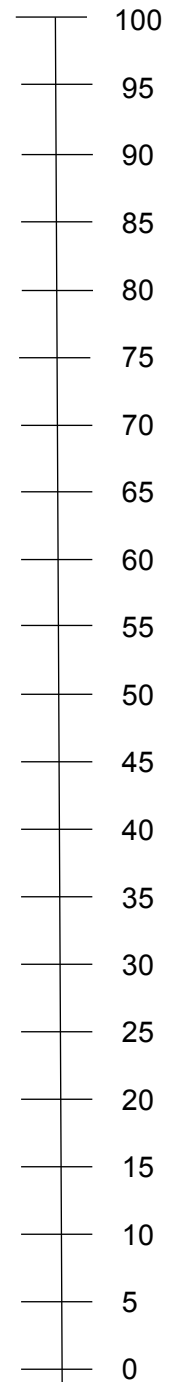
- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

4: Adaptiert von: Deutsche Adaptation der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) von R. P. Snaith und A. S. Zigmond

5: Adaptiert von: Germany (German) v.2 © 2009 EuroQol Group. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

- Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.
- Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.
- 100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.
- Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können



Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können

7. KOPFSCHMERZANAMNESE

Leiden Sie unter Kopfschmerzen

Ja Nein

Untenstehende Fragen und die folgenden zwei Fragebögen (HIT-6; Kopfschmerzscreening) müssen Sie nur ausfüllen wenn Sie unter Kopfschmerzen leiden

Wie lange haben Sie Ihre aktuellen Kopfschmerzen schon? _____ Jahr(e) und _____ Monate

Wie viele Tage pro Monat haben Sie Kopfschmerzen? (auch leichte Kopfschmerzen) _____ Tage

Wie lange dauert eine Kopfschmerzattacke? von _____ bis _____ (Minuten/Stunden/Tage)

Wie viele Tage pro Monat nehmen Sie Schmerzmittel oder Triptane? _____ Tage

Gibt es in Ihrer Familie weitere Personen mit Kopfschmerzen? (wer?) _____

Wurde eine Bildgebung vom Kopf durchgeführt?

keine Bildgebung Computertomographie (CT) Magnetresonanztomographie (MRT)

Welche Medikamente nehmen Sie zur Akuttherapie von Kopfschmerzen ein? (z.B. während einer Attacke)

| Name | Dosis | Wirksamkeit | | |
|-------|-------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> schlecht |
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> schlecht |
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> schlecht |

Welche Medikamente nehmen oder haben Sie zur Prophylaxe von Kopfschmerzen genommen? (z.B. Bisoprolol/Metoprolol, Topiramat; Valproinsäure, Flunarizin, CGRP-AK....)

| Name | Dosis | Wirksamkeit | | |
|-------|-------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> schlecht |
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> schlecht |
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> schlecht |

Haben Sie andere Behandlungen als Medikamente wegen der Kopfschmerzen erhalten?

Physiotherapie Wirksamkeit: gut mäßig schlecht
 Akupunktur Wirksamkeit: gut mäßig schlecht
 Botox-Injektion Wirksamkeit: gut mäßig schlecht
 Andere: _____ Wirksamkeit: gut mäßig schlecht

Hatten Sie ihre Kopfschmerzen schon vor der CRPS-Erkrankung? Ja Nein

7. 1 AUSWIRKUNGEN IHRER KOPFSCHMERZEN (HIT- 6)

Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage eine Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft.

A. Wenn Sie Kopfschmerzen haben, wie oft sind die Schmerzen stark?

Nie Selten Manchmal Sehr oft Immer

B. Wie oft werden Sie durch Kopfschmerzen in Ihren normalen täglichen Aktivitäten eingeschränkt, z.B. in der Hausarbeit, im Beruf, in der Schule/im Studium, oder bei Kontakten und Unternehmungen mit anderen Menschen?

Nie Selten Manchmal Sehr oft Immer

C. Wenn Sie Kopfschmerzen haben, wie oft wünschen Sie sich, dass Sie sich hinlegen könnten?

Nie Selten Manchmal Sehr oft Immer

D. Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen zu müde zum Arbeiten oder für Ihre täglichen Aktivitäten?

Nie Selten Manchmal Sehr oft Immer

E. Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen gereizt oder hatten alles satt?

Nie Selten Manchmal Sehr oft Immer

F. Wie oft haben Kopfschmerzen in den letzten 4 Wochen Ihre Fähigkeit eingeschränkt, sich auf die Arbeit oder die täglichen Aktivitäten zu konzentrieren?

Nie Selten Manchmal Sehr oft Immer

7. 2 Kopfschmerz Screening⁶

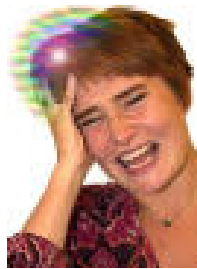
Im Folgenden werden Sie nach drei verschiedenen Kopfschmerz-Typen gefragt.

Diese Kopfschmerztypen können alleine auftreten, man kann aber auch mehrere Kopfschmerztypen gleichzeitig haben. Deshalb bitten wir Sie, die Fragen zu allen 3 Typen zu beantworten.

- **Bitte beantworten Sie zu jedem Typ jede Frage, auch wenn Sie meinen, dass der jeweilige Kopfschmerz bei Ihnen nicht vorliegt!**
- **Antworten Sie bitte nur mit „ja“ oder „nein“! Wählen Sie im Zweifelsfall die Antwortmöglichkeit, die für Sie am ehesten zutrifft.**
- **Verändern Sie bitte nicht die Frage oder Antwortmöglichkeit!**

6: Adaptiert von: Fritsche, et al.2007), Validation of a German Language Questionnaire for Screening for Migraine, Tension-Type Headache, and Trigeminal Autonomic Cephalgias. Headache: The Journal of Head and Face Pain, 47: 546-551. doi:10.1111/j.1526-4610.2007.00758.x)

Fühlt sich Ihr derzeitiger Schmerz so an?



Typ A

| Fragen | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Konzentriert sich Ihr Schmerz, insbesondere bei Beginn, in einer der beiden Kopfhälften ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Fühlt sich Ihr Schmerz pulsierend oder pochend an? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Sind Ihre Schmerzen so stark, dass Sie den <u>üblichen Tagesablauf</u> erschweren oder unmöglich machen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Verstärken sich Ihre Schmerzen <u>deutlich</u> beim Treppensteigen oder anderen körperlichen Aktivitäten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Wenn Sie Schmerzen haben, ist Ihnen dann <u>häufig übel</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Wenn Sie Schmerzen haben, sind Sie dann <u>sehr licht- oder lärmempfindlich</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Dauern Ihre <u>unbehandelten oder erfolglos behandelten</u> Schmerzen üblicherweise zwischen 4 Stunden und 3 Tagen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Hatten Sie schon mindestens zweimal folgende Wahrnehmungen , <u>bevor</u> Ihre Schmerzen begonnen haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) Ich sehe dann sternförmige Zacken! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ich sehe dann in Teilen des Gesichtsfeldes gar nichts mehr! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Ich spüre dann ein Kribbeln oder Taubheit, das an einem Arm <u>hochsteigt!</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Ich spüre dann <u>nur auf einer Seite</u> eine Schwäche in den Armen oder Beinen! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Ich habe dann <u>deutliche Sprach- oder Sprechstörungen!</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Dauern die unter 8a-e beschriebenen Wahrnehmungen vor einer Schmerzattacke weniger als 60 Minuten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10) An wie vielen **Tagen** pro Monat haben Sie Schmerzen, die zu dem **Typ A** passen?

an ca. _____

Tagen / Monat

Fühlt sich Ihr derzeitiger Schmerz so an?



Typ B

| Fragen | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 11) Fühlt sich Ihr Schmerz drückend bis ziehend an? (nicht pulsierend!) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) Tritt Ihr Schmerz üblicherweise auf beiden Kopfhälften auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) Können Sie trotz der Behinderung durch die Schmerzen Ihren Tagesablauf einigermaßen beibehalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14) Können Sie Treppensteigen oder anderen körperlichen Anstrengungen nachgehen, ohne dass sich die Schmerzen verstärken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) Wenn Sie Schmerzen <u>vom Typ B (nicht Typ A!)</u> haben, sind diese dann in der Regel mit starker Übelkeit und Erbrechen verbunden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16) Wenn Sie Schmerzen <u>vom Typ B (nicht Typ A!)</u> haben, sind diese dann in der Regel mit starker Licht- oder Lärmempfindlichkeit verbunden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17) Dauern Ihre <u>unbehandelten oder erfolglos behandelten</u> Schmerzen üblicherweise zwischen 30 Minuten und mehreren Tagen bzw. Wochen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18) An wie vielen **Tagen** pro Monat haben Sie Schmerzen, die zu dem **Typ B** passen?

an ca. _____

Tagen / Monat

Fühlt sich Ihr derzeitiger Schmerz so an?



Typ C

| Fragen | | Ja | Nein |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|
| 19) | Ist Ihr Schmerz <u>ohne Ausnahme</u> auf einer Seite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20) | Spüren Sie den Schmerz wie einen Messerstich hinter dem Auge ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21) | Laufen Sie während der Schmerzattacke umher ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22) | Wenn Sie Schmerzen vom Typ C haben, treten dann oft folgende Begleiterscheinungen auf? | Ja | Nein |
| a) | einseitiges <u>deutlich</u> tränenendes Auge ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) | einseitiges <u>deutlich</u> gerötetes Auge ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) | einseitiges <u>deutliches</u> Nasenlaufen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) | einseitiges <u>deutlich</u> hängendes Augenlid ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) | einseitig <u>deutlich</u> verengte Pupille (ggf. Partner fragen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23) | Dauern Ihre unbehandelten oder erfolglos behandelten Schmerzen üblicherweise zwischen 15 Minuten und 3 Stunden ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24) | Haben Sie mindestens 14 schmerzfrie Tage <u>ohne</u> Schmerzen vom <u>Typ C</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |