

PRAXISHILFE – FIBROMYALGIE

Fragebogen zur aktuellen Beschwerdesymptomatik

Name: _____

Datum: _____

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Anleitung

Bitte geben Sie an, wie stark die folgenden Beschwerden in den vergangenen vier Wochen bei Ihnen ausgeprägt waren: **0 - gar nicht | 1 - leicht | 2 - deutlich | 3 - sehr stark**

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile eine Antwort an.

1. Schmerzen und körperliche Empfindlichkeit

Aussage

Ich habe Schmerzen in mehreren Körperregionen.

Bereits leichte Berührungen oder Druck empfinde ich als unangenehm oder schmerzhaft.

Meine Schmerzen fühlen sich brennend, stechend, ziehend oder elektrisierend an.

Meine Muskeln fühlen sich verspannt, schwer oder druckempfindlich an.

Ich wache morgens mit Schmerzen oder ausgeprägter Steifigkeit auf.

Die Stärke oder der Ort meiner Schmerzen verändert sich im Tagesverlauf.

0	1	2	3
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

Besonders betroffene Körperregionen:

2. Erschöpfung und Belastbarkeit

Aussage

Ich fühle mich bereits nach leichten Tätigkeiten erschöpft.

Meine körperliche Belastbarkeit ist deutlich eingeschränkt.

Nach körperlicher oder geistiger Anstrengung brauche ich lange, um mich zu erholen.

Meine Muskeln fühlen sich kraftlos oder ungewöhnlich schwer an.

Ich muss meine täglichen Aktivitäten häufig unterbrechen oder reduzieren.

0	1	2	3
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

Was löst eine Verschlechterung besonders häufig aus?

☐ körperliche Belastung

☐ geistige Belastung

☐ Schlafmangel

☐ Stress

☐ Sonstiges: _____

☐ Wetterwechsel

☐ Infekte

☐ Menstruationszyklus

3. Schlaf und Erholung

Aussage

Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen.

Ich wache nachts häufig auf.

Mein Schlaf fühlt sich nicht erholsam an.

Ich bin morgens müder als am Abend zuvor.

Schmerzen oder innere Unruhe stören meinen Schlaf.

Ich schwitze nachts auffällig stark.

0	1	2	3
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

Durchschnittliche Schlafdauer: _____ Stunden

4. Konzentration und Nervensystem

Aussage

Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.

Ich vergesse häufig Wörter, Namen oder geplante Tätigkeiten.

Ich fühle mich geistig verlangsamt oder wie „benebelt“.

Geräusche, Licht oder Gerüche empfinde ich schnell als belastend.

Stress oder Reizüberflutung verstärken meine Beschwerden.

Ich leide häufig unter Kopfschmerzen oder Migräne.

0	1	2	3
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

5. Verdauung und weitere Begleitbeschwerden

Aussage

Ich leide häufig unter Blähungen, Bauchschmerzen oder Völlegefühl.

Ich habe wiederholt Durchfall, Verstopfung oder einen Wechsel zwischen beidem.

Ich vertrage bestimmte Lebensmittel nicht oder nur schlecht.

Ich habe häufig diffuse Gelenkbeschwerden ohne erkennbare Schwellung.

Meine Haut reagiert empfindlich, juckt oder neigt zu Rötungen.

Ich fühle mich häufig erkältet, kränklich oder infekthanfällig.

Ich leide unter Schwindel, Herzklopfen oder Kreislaufproblemen.

0	1	2	3
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

6. Hormone und Zyklus - Bitte nur ausfüllen, wenn dieser Abschnitt auf Sie zutrifft.

Aussage	0	1	2	3
Meine Beschwerden verändern sich im Verlauf des Menstruationszyklus.	☐	☐	☐	☐
Vor der Menstruation nehmen Schmerzen oder Erschöpfung deutlich zu.	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter ausgeprägter Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen oder Niedergeschlagenheit.	☐	☐	☐	☐
Meine Beschwerden haben sich in der Perimenopause oder den Wechseljahren verändert.	☐	☐	☐	☐
Hitzewallungen, nächtliches Schwitzen oder Schlafstörungen belasten mich.	☐	☐	☐	☐
Ich schwitze nachts auffällig stark.	☐	☐	☐	☐

Aktuelle Lebensphase:

- | | |
|--|---|
| ☐ regelmäßiger Zyklus | ☐ hormonelle Verhütung |
| ☐ unregelmäßiger Zyklus | ☐ Hormontherapie |
| ☐ Perimenopause | ☐ nicht zutreffend |
| ☐ nach der Menopause | |

7. Auswirkungen auf den Alltag

Aussage	0	1	2	3
Meine Beschwerden schränken mich im Beruf oder Haushalt ein.	☐	☐	☐	☐
Ich muss Freizeitaktivitäten oder soziale Kontakte reduzieren.	☐	☐	☐	☐
Ich kann meinen Alltag nur schwer planen, weil meine Beschwerden stark schwanken.	☐	☐	☐	☐
Die Beschwerden belasten meine Stimmung oder mein seelisches Wohlbefinden.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich durch meine Beschwerden nicht ausreichend verstanden.	☐	☐	☐	☐

8. Ihre wichtigsten Beschwerden

Welche drei Beschwerden belasten Sie aktuell am stärksten?

Was verbessert Ihre Beschwerden?

Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

Was möchten Sie durch die Behandlung vor allem erreichen?

Hinweis für Patientinnen

Dieser Fragebogen dient dazu, Ihre aktuelle Beschwerdesituation strukturiert zu erfassen und das therapeutische Gespräch vorzubereiten. Er ersetzt keine Untersuchung und erlaubt für sich allein keine Diagnose.

[illegible]