

Sehr geehrte TeilnehmerInnen,

Der folgende Fragebogen ist **ANONYM** und dient zu Erhebung Ihrer momentanen Beschwerden.

Die daraus gewonnenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, sondern vertraulich behandelt und ausschließlich im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit (Diplomarbeit) analysiert bzw. verarbeitet.

*Bitte kreuzen Sie, falls nicht anderes angegeben, immer nur **EINE** Antwort an.*

Für die Erfassung und Einteilung Ihrer Schmerzen bitten wir Sie, diese nach ihrer Priorität zu Nummerieren (1,2,3,...). Bitte halten Sie diese Nummerierung bei den Fragen zur Schmerzlokalisation und der Schmerzstärke ein.

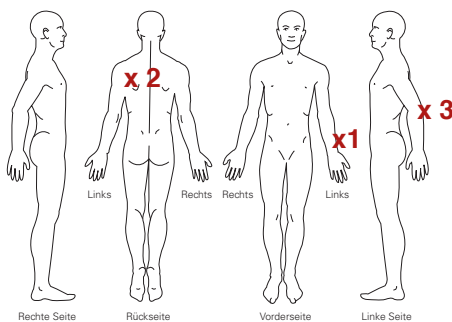
Im Folgenden sehen Sie ein Beispiel.

BEISPIEL

Sie haben Schmerzen im linken Arm, wobei sich der stärkste Schmerzpunkt im Bereich des Handgelenkes (1) befindet, diese strahlen in die Schulter (2) aus. Schmerzen am Ellenbogen (3) sind zwar vorhanden aber nur schwach.

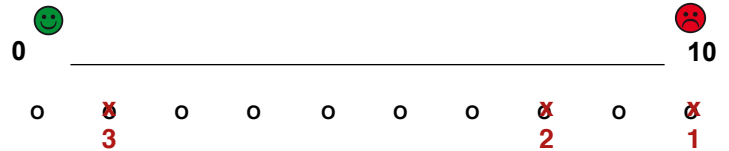
Schmerzlokalisation:

Schmerzstärke:



kein Schmerz

extremer Schmerz



Ihr Geschlecht:

Männlich

Weiblich

Alter: 20 - 35 Jahre

35-50 Jahre

50 -75 Jahre

> 75 Jahre

Welches der folgenden Instrumente spielen Sie?

Violine/Viola

Flöte/Oboe/Klarinette/Fagott

Kontrabass

Harfe

Vioncello

Horn/Trompete/Posaune/Tuba

Schlagzeug/Trommler

Haben Sie regelmäßig Schmerzen?

ja

nein

Wie oft haben Sie Schmerzen?

< 5 Tage/Monat

> 5 Tage/Monat

Wann treten die Schmerzen auf?

Ruheschmerz (Unabhängig des Musizierens)

Belastungsschmerz (während des Musizierens)

Schmerzattacken (während des Musizierens)

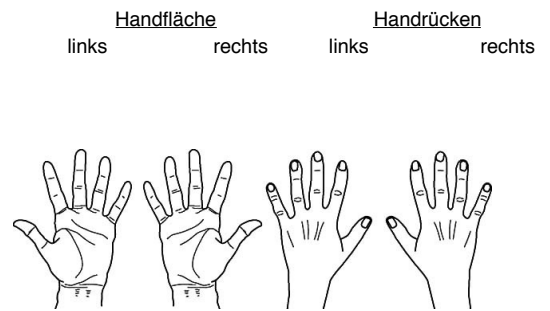
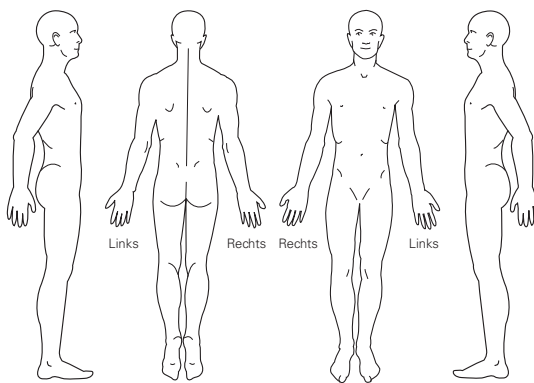
Dauerschmerz

Treten die Schmerzen plötzlich oder schleichend (immer stärker werdend) auf?

plötzlich

schleichend

Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, welchen Stellen Sie Schmerzen haben. Nummerieren Sie dabei die Stellen, wobei 1 die Stelle des stärksten Schmerzes darstellt. (SIEHE BEISPIEL)



Bitte geben Sie die Stärke der lokalisierten Schmerzen an (SIEHE BEISPIEL):



o o o o o o o o o

Wie würden Sie den Schmerz beschreiben?

- | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------------|
| stechend <input type="radio"/> | kribbelnd/juckend <input type="radio"/> | ziehend <input type="radio"/> |
| brennend <input type="radio"/> | drückend/bohrend <input type="radio"/> | klopfend <input type="radio"/> |

Wie reagiert der beschriebene Schmerz auf Berührung?

- keine Reaktion empfindlich schmerzhaft

Wie behandeln Sie die Schmerzen? (mehrere Antworten möglich)

- | | | |
|---|--|--|
| Bewegungstherapie <input type="radio"/> | Alternativmedizin <input type="radio"/> | Keine Behandlung <input type="radio"/> |
| Medikamente <input type="radio"/> | Andere Hilfsmittel <input type="radio"/> | |

Wie schätzen Sie Ihren momentanen, allgemeinen Gesundheitszustand ein?



Betreiben Sie regelmäßig (mehr als 2h/Woche) Sport?

- ja nein

Wenn JA welche Art von Sport betreiben Sie?

- Ausdauersport (Laufen, Radfahren, ect.) Kraftsport (Hanteltraining, Boxen, etc.)

Nehmen Sie die Möglichkeit des PhilFit Trainings/Behandlung an?

- Einzelbehandlung Gruppentraining Beides Nein