



Fragebogen zur Erfassung des Fibromyalgie-Syndroms

Um die folgenden Fragen zu beantworten, berücksichtigen Sie als Betroffene(r) folgendes: Wie habe ich mich in der **vergangenen Woche** gefühlt?

- unter der laufenden Therapie und Behandlung
- ohne Schmerzen oder Beschwerden von anderen bekannten Erkrankungen zu berücksichtigen

Teil 1 Widespread-Pain-Index (WPI)

Kontrollieren Sie jede Zone des Körpers, die in der **letzten Woche** Schmerzen verursacht hat.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schultergürtel links | <input type="checkbox"/> Unterschenkel links |
| <input type="checkbox"/> Schultergürtel rechts | <input type="checkbox"/> Unterschenkel rechts |
| <input type="checkbox"/> Oberarm links | <input type="checkbox"/> Kiefer links |
| <input type="checkbox"/> Oberarm rechts | <input type="checkbox"/> Kiefer rechts |
| <input type="checkbox"/> Unterarm links | <input type="checkbox"/> Brustkorb |
| <input type="checkbox"/> Unterarm rechts | <input type="checkbox"/> Bauch |
| <input type="checkbox"/> Hüfte links | <input type="checkbox"/> Nacken |
| <input type="checkbox"/> Hüfte rechts | <input type="checkbox"/> Oberer Rücken |
| <input type="checkbox"/> Oberschenkel links | <input type="checkbox"/> Unterer Rücken |
| <input type="checkbox"/> Oberschenkel rechts | <input type="checkbox"/> Keine Zone |

Zählen Sie die Anzahl der Zonen zusammen und geben Sie Ihren „Großflächigen Schmerzindex“ (Widespread Pain Index WPI) hier ein (zwischen 0 und 19):

..... **Punktzahl**



Teil 2a Symptom-Schweregrad (Symptom Severity Score SS score)

Geben Sie den Grad der Schwere Ihrer Beschwerden während der letzten Woche in der folgenden Tabelle ein:

Müdigkeit

0 = kein Problem

1 = leichte oder milde Probleme, im Allgemeinen mild oder zeitweise auftretend

2 = mäßig bis deutliche Probleme; häufig und/oder auf einem mittelmäßigem Niveau

3 = heftig, durchdringend, dauerhaft, stört das Leben

Nicht erholsamer Schlaf

0 = kein Problem

1 = leichte oder milde Probleme, im Allgemeinen mild oder zeitweise auftretend

2 = mäßig bis deutliche Probleme; häufig und/oder auf einem mittelmäßigem Niveau

3 = heftig, durchdringend, dauerhaft, stört das Leben

Merk- und Konzentrationsstörungen

0 = kein Problem

1 = leichte oder milde Probleme, im Allgemeinen mild oder zeitweise auftretend

2 = mäßig bis deutliche Probleme; häufig und/oder auf einem mittelmäßigem Niveau

3 = heftig, durchdringend, dauerhaft, stört das Leben

Zählen Sie die entsprechenden Punktzahlen zusammen und geben Sie diese hier ein

..... **Punktzahl**



Teil 2b Symptom-Schweregrad (Symptom Severity Score SS score)

Geben Sie jedes der folgenden anderen Symptome an, das Sie in der **letzten Woche** gehabt haben:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerz | <input type="checkbox"/> Juckreiz |
| <input type="checkbox"/> Reizdarmbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit, Ermüdung | <input type="checkbox"/> Kalte Hände, kalte Füße |
| <input type="checkbox"/> Denk- oder Erinnerungsprobleme | <input type="checkbox"/> Nesselsucht |
| <input type="checkbox"/> Muskelschwäche | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Brechreiz |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen, Krämpfe | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Benommenheit, Kribbeln | <input type="checkbox"/> Geschwüre i. d. Mundschleimhaut |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Geschmacksminderung, -verlust |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Trockene Augen |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Luftnot |
| <input type="checkbox"/> Unterbauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Appetitverlust |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Hautausschlag |
| <input type="checkbox"/> Nervosität | <input type="checkbox"/> Sonnenlichtempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> Hörstörungen |
| <input type="checkbox"/> Verschwommenes Sehen | <input type="checkbox"/> Empfindliche Haut |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Häufiges Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Mundtrockenheit | <input type="checkbox"/> Schmerzhaftes Wasserlassen |
| | <input type="checkbox"/> Blasenkrämpfe |



Auswertung Teil 2b

<input type="checkbox"/>	0 Symptome	= Null Punkte
<input type="checkbox"/>	1-10 Symptome	= 1 Punkt
<input type="checkbox"/>	11-24 Symptome	= 2 Punkte
<input type="checkbox"/>	25 oder mehr	= 3 Punkte

..... Gesamtpunktzahl Teil 2a und 2b

Zählen Sie Teil 2a und 2b zusammen.

Dies ist Ihr Grad der Symptomschwere von 0 bis 12.

Was bedeutet Ihr Schweregrad?

Eine Patientin, ein Patient erfüllt die Kriterien eines Fibromyalgie-Syndroms, wenn folgende drei Bedingungen zutreffen:

1. Teil 1 ist größer oder gleich 7 und der Schweregrad aus Teil 2a+b ist größer oder gleich 5
oder
Teil 1 ist zwischen 3 und 6 und
Teil 2a+b gleich oder größer als 9
2. Die Beschwerden bestehen in dieser Ausprägung länger als die letzten drei Monate.
3. Sie haben keine andere Erkrankung, die Ihre Schmerzen erklären könnte.