

SCOREFRAGEBOGEN

„Schmerzhafte Fettverteilungsstörung im Praxisalltag“ Analyse und Bewertungstool

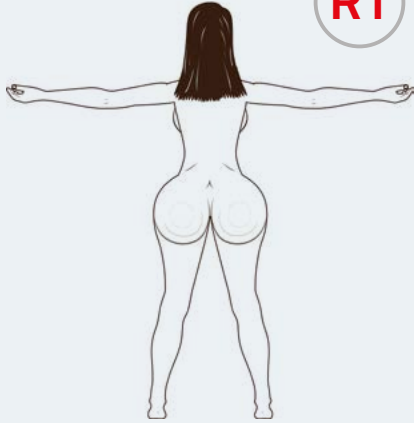
Herausgeber und Copyright Jandali, Jiga, Merwart

Frage Nr. 1.1	Leiden Sie an einer Disproportion (Umfangsvermehrung) zugunsten der Beine?				Ja	Nein
Frage Nr. 1.2	Hat die Disproportion mit einer Phase einer hormonellen Umstellung eingesetzt?					
	Ja	Nein	Pubertät	Schwangerschaft	Wechseljahre	
Frage Nr. 1.3	Seit wann leiden Sie unter der Disproportion?				Datum	
	< 3 Monate	3-6 Monate	etwa 6 Monate		6-12 Monate	
	etwa 1 Jahr	1-2 Jahre	2-5 Jahre		> 5 Jahre	
Frage Nr. 1.4	Ist die Dysproportion der Beine schmerzhaft?				Ja	Nein
Frage Nr. 1.5	Kam es im Verlauf zu einer Verschlimmerung / Schub?				Ja	Nein
	wenn ja wann:	Schwangerschaft	Wechseljahre		Andere	
Frage Nr. 1.6	Wann war der Schub (an den Beinen) in etwa:				Datum:	
	< 3 Monate	3-6 Monate	etwa 6 Monate		6-12 Monate	
	etwa 1 Jahr	1-2 Jahre	2-5 Jahre		> 5 Jahre	
Frage Nr. 1.7	Wie sehr ist die Disproportion (an den Beinen) aus Ihrer Sicht für einen außenstehenden erkennbar?					
	gar nicht	wenig	etwas	sehr stark		
Frage Nr. 1.8	Wurden Sie auf Ihre Disproportion (an den Beinen) schon mal angesprochen?					
	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft	
Frage Nr. 1.9	Wie oft denken Sie im Tagesverlauf an Ihre Beine ?					
	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft	

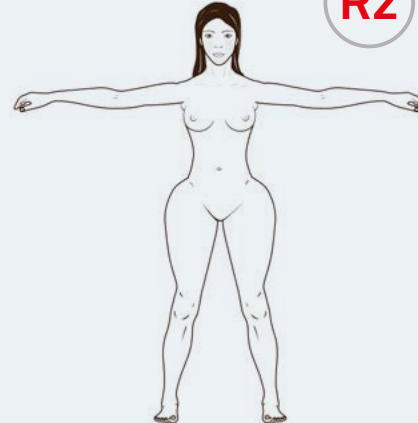
Frage Nr. 2.1	Leiden Sie an einer Disproportion (Umdangsvermehrung) zugunsten der Arme (Ober- und oder Unterarme) ?				Ja	Nein
Frage Nr. 2.2	Hat die Disproportion mit einer Phase einer hormonellen Umstellung eingesetzt?					
	Ja	Nein	Pubertät	Schwangerschaft	Wechseljahre	
Frage Nr. 2.3	Seit wann leiden Sie unter der Disproportion?				Datum	
	< 3 Monate	3-6 Monate	etwa 6 Monate		6-12 Monate	
	etwa 1 Jahr	1-2 Jahre	2-5 Jahre		> 5 Jahre	
Frage Nr. 2.4	Ist die Dysproportion der Arme schmerzhaft?				Ja	Nein
Frage Nr. 2.5	Kam es im Verlauf zu einer Verschlimmerung / Schub?				Ja	Nein
	wenn ja wann:	Schwangerschaft	Wechseljahre		Andere	
Frage Nr. 2.6	Wann war der Schub (an den Armen) in etwa:				Datum:	
	< 3 Monate	3-6 Monate	etwa 6 Monate		6-12 Monate	
	etwa 1 Jahr	1-2 Jahre	2-5 Jahre		> 5 Jahre	
Frage Nr. 2.7	Wie sehr ist die Disproportion (an den Armen) aus Ihrer Sicht für einen außenstehenden erkennbar?					
	gar nicht	wenig	etwas	sehr stark		
Frage Nr. 2.8	Wurden Sie auf Ihre Disproportion (an den Armen) schon mal angesprochen?					
	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft	
Frage Nr. 2.9	Wie oft denken Sie im Tagesverlauf an Ihre Arme ?					
	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft	

Alle kommenden Fragen beziehen sich jeweils auf die unten dargestellten Regionen.
Welche Regionen sind bei Ihnen betroffen (bitte ankreuzen)?

I. Gesäß



II. Hüfte



Region 1 = Gesäß

Region 2 = Hüfte

Region 3 = Oberschenkel

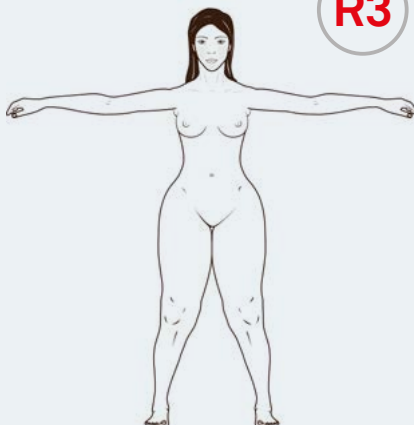
Region 4 = Knie

Region 5 = Unterschenkel

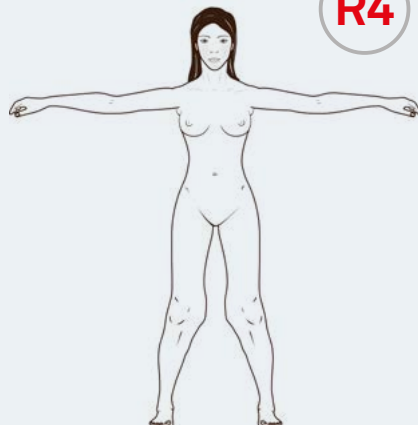
Region 6 = Unterarm

Region 7 = Oberarm

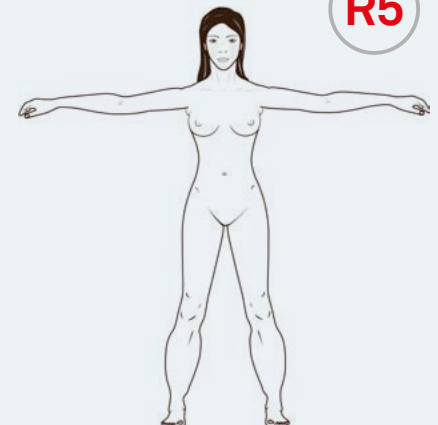
III. Oberschenkel



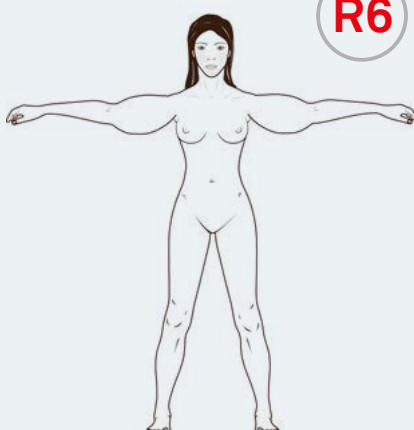
IV. Knie



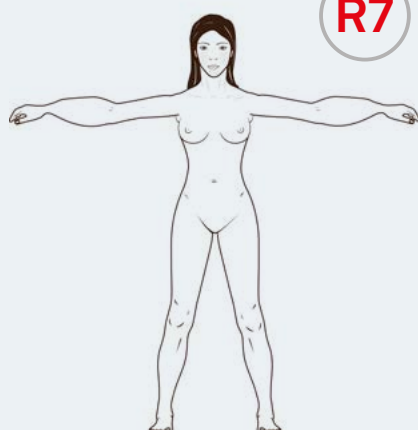
V. Unterschenkel



A. Oberarm



B. Unterarm



Frage Nr. 3.1

Wie häufig haben Sie Schmerzen (in den Beinen und Armen allgemein) ?

Frage Nr. 4.1

Region

nie selten gelegentlich oft sehr oft

Gesäß (R1)

Hüfte (R2)

Oberschenkel (R3)

Knie (R4)

Unterschenkel (R5)

Oberarme (R6)

Unterarme (R7)

Wie stark sind die Schmerzen (in den Beinen und Armen allgemein)
auf einer Skala von 1-10 ?

Null entspricht dabei gar keine Schmerzen und 10 extremst starke Schmerzen

Frage Nr. 4.2

Region



Gesäß (R1)

Hüfte (R2)

Oberschenkel (R3)

Knie (R4)

Unterschenkel (R5)

Oberarme (R6)

Unterarme (R7)

Frage Nr. 4.3

Treten die Schmerzen nur zu bestimmten Tageszeiten auf?

Ja

Nein

Wenn ja, wann

Frage Nr. 4.4

Treten die Schmerzen dauerhaft auf?

Ja

Nein

Seit wann haben Sie die Schmerzen in den einzelnen Regionen ?

Frage Nr. 5.1

Region	< 3 M	3-6 M	6-12 M	12-24 M	2-5 J	5-10 J
Gesäß (R1)						
Hüfte (R2)						
Oberschenkel (R3)						
Knie (R4)						
Unterschenkel (R5)						
Oberarme (R6)						
Unterarme (R7)						

Haben Sie das Gefühl, die Schmerzen haben über die Zeit zugenommen?

Frage Nr. 5.2

Region	gar nicht	wenig	mäßig	ziemlich	stark
Gesäß (R1)					
Hüfte (R2)					
Oberschenkel (R3)					
Knie (R4)					
Unterschenkel (R5)					
Oberarme (R6)					
Unterarme (R7)					
andere:					

Frage Nr. 5.3

Treten die Schmerzen nur in bestimmten Situationen	Ja	Nein
Wenn ja, wann		

Frage Nr. 5.4

An wie vielen Tagen im letzten Monat hatten Sie so starke Schmerzen, dass Sie alltäglichen Aktivitäten nicht nachgehen konnten	
(z.B. Haushaltsführung, Lebensmitteleinkäufe, Haare machen usw.)	Tage

Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die am ehesten auf Ihre Schmerzsituation zutrifft?

R1 R2 R3 R4 R5 R6 R7

Frage Nr. 7.1

- Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen
- Dauerschmerzen mit starken Schwankungen
- Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei
- Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen
- Gelegentliche Schmerzen mit seltenen Schmerzspitzen
- Gelegentliche Schmerzen ohne Schmerzspitzen
- Schmerzen bei starker Berührung

Wie empfinden Sie die Qualität Ihrer Schmerzen?

R1 R2 R3 R4 R5 R6 R7

Frage Nr. 7.2

- Dumpf
- Drückend
- Stechend
- Ziehend
- Pochend
- Klopfend
- Zerreißend
- Brennend

- Region 1 = Gesäß
- Region 2 = Hüfte
- Region 3 = Oberschenkel
- Region 4 = Knie
- Region 5 = Unterschenkel
- Region 6 = Unterarm
- Region 7 = Oberarm

In welchem Maß haben sie diese Schmerzen im Verlauf des letzten Monats in ihrem Sozialleben eingeschränkt? (0 = gar nicht, 10 = extrem beeinträchtigt)

Frage Nr. 7.3

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
gar nicht extrem

Frage Nr. 8.1

andere:

Frage Nr. 8.2



Frage Nr. 8.3

Version 20 2

Wie häufig haben Sie Belastungsschmerzen?

Frage Nr. 9.1

Region	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
Gesäß (R1)					
Hüfte (R2)					
Oberschenkel (R3)					
Knie (R4)					
Unterschenkel (R5)					
Oberarme (R6)					
Unterarme (R7)					
andere:					

Wie stark sind die Belastungsschmerzen auf einer Skala von 1-10 ?

Null entspricht dabei gar keiner Schmerzen und 10 extrem starker Schmerzen

Frage Nr. 9.2

Region	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gesäß (R1)											
Hüfte (R2)											
Oberschenkel (R3)											
Knie (R4)											
Unterschenkel (R5)											
Oberarme (R6)											
Unterarme (R7)											

Fühlen Sie sich bei der Ausübung Ihres Berufs durch die Schmerzen eingeschränkt?

(0 = trifft gar nicht zu, 10 = trifft sehr zu)

Frage Nr. 9.3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gar nicht									sehr

Frage Nr. 10.1

Frage Nr. 10.2

Frage Nr. 10.3

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
gar nicht sehr

Leiden Sie unter einer Berührungsempfindlichkeit ?

Frage Nr. 11.1

Region

gar nicht wenig mäßig ziemlich stark

Gesäß (R1)

Hüfte (R2)

Oberschenkel (R3)

Knie (R4)

Unterschenkel (R5)

Oberarme (R6)

Unterarme (R7)

Wie stark sind die Ruheschmerzen auf einer Skala von 1-10 ?

Null entspricht dabei gar keiner Schmerzen und 10 extrem starker Schmerzen

Frage Nr. 11.2

Region



Gesäß (R1)

Hüfte (R2)

Oberschenkel (R3)

Knie (R4)

Unterschenkel (R5)

Oberarme (R6)

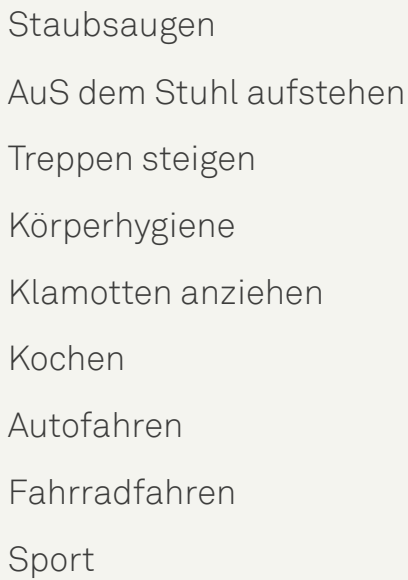
Unterarme (R7)

Haben Ihre körperlichen Beschwerden Auswirkung auf Ihr seelisches Wohlbefinden? (0 = trifft gar nicht zu, 10 = trifft sehr zu).

Frage Nr. 11.3

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
gar nicht sehr

Frage Nr. 12.1



Frage Nr. 12.2

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
gar nicht sehr

Frage Nr. 12.3

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
gar nicht sehr

Wie sehr sind Sie zufrieden mit Ihrem.....?

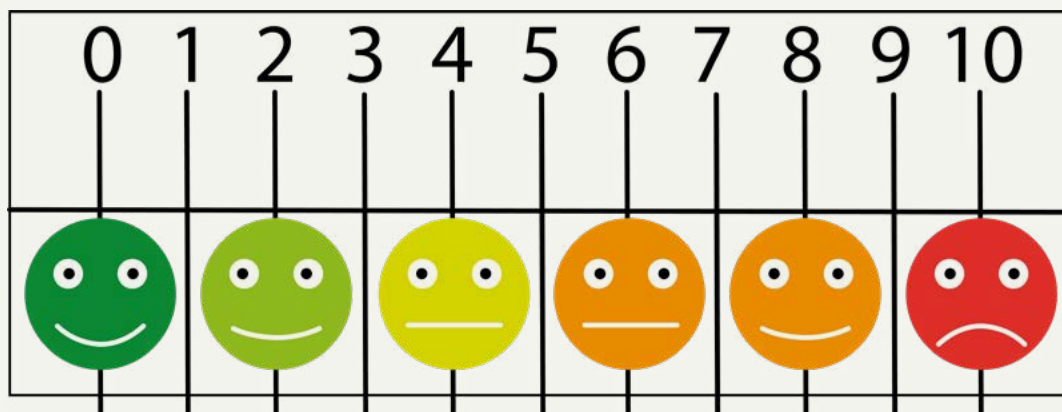


Frage Nr. 13.1

Aussehen
Selbstbewusstsein
Auftreten
Sportlichkeit
Erfolg im Beruf
ihrer Beziehung
Psyche
Sex-Appeal

Wie hoch ist der Leidensdruck, den das Lipödem bei Ihnen verursacht?

Frage Nr. 13.2



Frage Nr. 13.3

Sind sie aktuell erwerbstätig?
Beruf?

Ja Nein

Frage Nr. 13.4

Bestand bereits Arbeitsunfähigkeit aufgrund des Lipödems?

Ja Nein

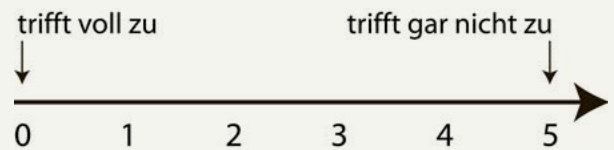
Frage Nr. 13.5

Schränkt das Lipödem ihre Lebensqualität ein?

gar nicht wenig etwas viel sehr viel

Frage Nr. 14.1	Wie sehr fühlen Sie sich durch das Lipödem in Ihrer Partnerschaft beeinträchtigt? gar nicht wenig etwas viel sehr viel				
Frage Nr. 14.2	Leiden Sie an einer Depression oder Psychischen Erkrankung? welche?		Ja	Nein	
Frage Nr. 14.3	Sind Sie in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung? bei wem?		Ja	Nein	
Frage Nr. 14.4	Wie sehr fühlen Sie sich durch das Lipödem in Ihrem sozialen Umfeld beeinträchtigt? gar nicht wenig etwas viel sehr viel				
Frage Nr. 14.5	Waren Sie aufgrund Ihrer Schmerzen bereits In Behandlung? Wenn ja, bei wem?		Ja	Nein	
Frage Nr. 14.6	Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt? Infusionen Massagen Manuelle Lymphdrainage keine Therapie Akupunktur				
Frage Nr. 14.7	Wie häufig Nehmen Sie Schmerzmittel ein? 1-2 x pro Monat 1-2 x pro Woche 2-3 x pro Monat 2-3 x pro Woche 3-4 x pro Monat 3-4 x pro Woche selten täglich gar nicht mehrfach täglich				
Frage Nr. 14.7	Welche Schmerzmittel nehmen Sie ein? Ibuprofen ASS (Aspirin) Novaminsulfon Opioide andere				

Bitte schätzen Sie sich selbst in Bezug auf die jeweiligen Aussagen ein.
(0= trifft gar nicht zu, 5= trifft vollständig zu)



		0	1	2	3	4	5
1	Ich bin mit meinem Körper zufrieden						
2	Meinen Alltag habe ich im Griff						
3	Meinen Beruf übe ich gerne aus						
4	Ich genieße mein Leben						
5	Ich mache mir häufig Sorgen						
6	Ich habe Schwierigkeiten zu entspannen						
7	Ich habe Schwierigkeiten mich aufzuraffen						
8	Ich fühle mich häufig ängstlich						
9	Ich bin selbstbewusst						
10	In Gesellschaft bin ich zurückhaltend						
11	Es fällt mir leicht Kontakte zu knüpfen						
12	Kritik kann ich gut verarbeiten						
13	Ich kann gut entspannen						
14	Ich fühle mich häufig traurig						
15	Ich habe häufig Herzstolpern						
16	Ich kann mich kaum für Sachen begeistern						
17	Ich unternehme häufig Sachen mit Freunden						
18	Ich bin oft alleine						
19	Viele verstehen mich nicht						
20	Ich habe das Gefühl alle starren mich an						
21	Oft versuche ich andere zu motivieren						
22	Ich habe oft Pech in meinem Leben						
23	Ich bin ein richtiges Glückskind						
24	Ich liebe das Leben so wie es ist						

Bitte beantworten Sie folgenden Fragen wenn Sie an Ödemen leiden:

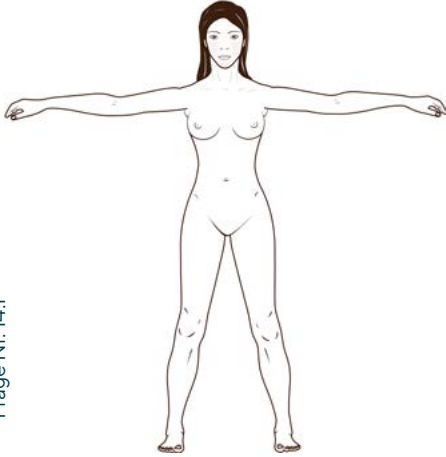
		Ja	Nein
1	Haben Sie zeitweise Ödeme an den Beinen?		
2	Haben Sie dauerhaft Ödeme an den Beinen?		
3	Haben Sie zeitweise Ödeme an den Armen?		
4	Haben Sie dauerhaft Ödeme an den Armen?		
5	Ist Ihr Fußrücken zeitweise geschwollen ?		
6	Ist Ihr Fußrücken dauerhaft geschwollen ?		
7	Ist Ihr Handrücken zeitweise geschwollen ?		
8	Ist Ihr Handrücken dauerhaft geschwollen ?		
9	Wenn Ödeme bestehen: Kommt es durch eine Hochlagerung zur einer Besserung der Ödeme an den Beinen?		
10	Wenn Ödeme bestehen: Kommt es durch eine Hochlagerung zu einer Besserung der Ödeme an den Armen?		
11	Wenn Ödeme bestehen: Kommt es durch eine die Kompressionsbehandlung zu einer Besserung der Ödeme an den Beinen?		
12	Wenn Ödeme bestehen: Kommt es durch eine die Kompressionsbehandlung zu einer Besserung der Ödeme an den Armen?		
13	Wenn Ödeme bestehen: Kommt es durch eine Lymphdrainage zu einer Besserung der Ödeme an den Beinen?		
14	Wenn Ödeme bestehen: Kommt es durch eine die Lymphdrainage zu einer Besserung der Ödeme an den Armen?		
15	Wenn ich mich verletzt dann tritt viel Wasser aus der Wunde.		
16	Mein Gewebe ist deutlich eindrückbar.		
17	Ich kenne den Unterschied zwischen Lipödem und Lymphödem.		
18	Leiden Sie an Sensibilitätsstörungen an den Armen?		
19	Leiden Sie an Sensibilitätsstörungen an den Beinen?		
20	Ich leide an einer Herzschwäche.		

Welche Körperform entspricht Ihrem Bodyshape? Bitte ankreuzen.

Bodyshape 1

Normgewicht
im unteren
Bereich.

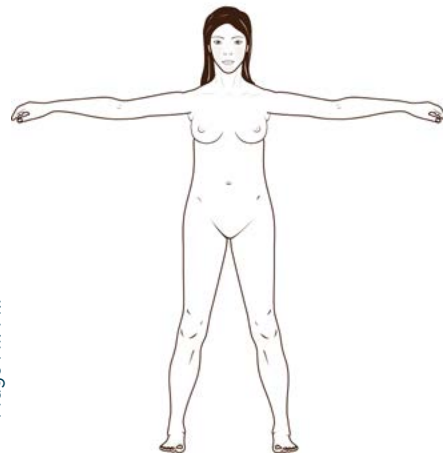
Frage Nr. 14.1



Bodyshape 2

Normgewicht
im oberen
bereich

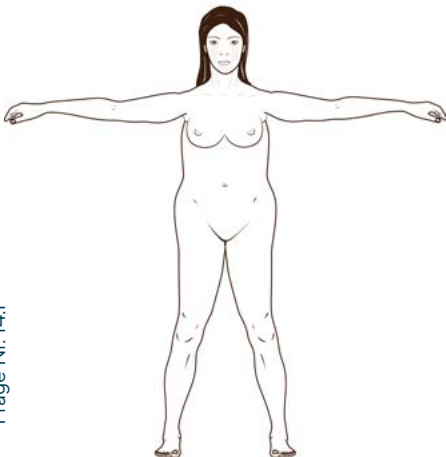
Frage Nr. 14.1



Bodyshape 3

Leichtes
Übergewicht

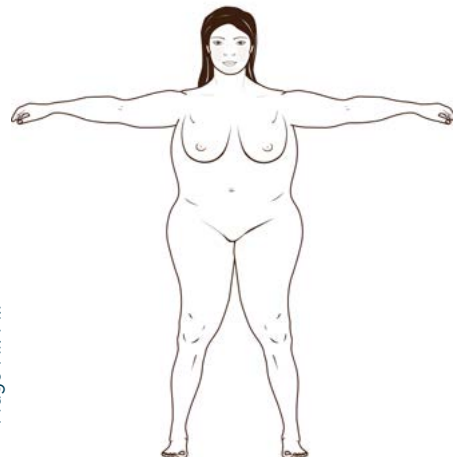
Frage Nr. 14.1



Bodyshape 4

Deutliches
Übergewicht

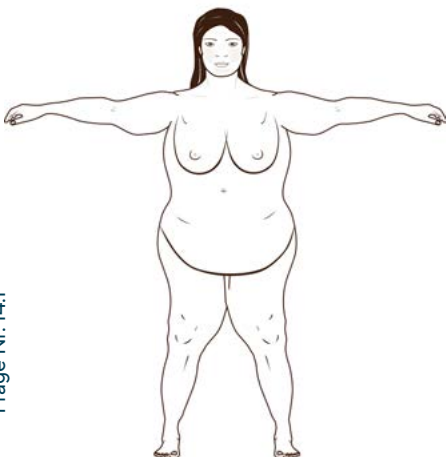
Frage Nr. 14.1



Bodyshape 5

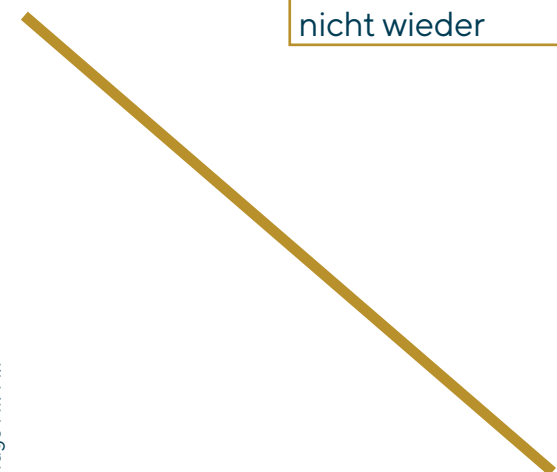
Massives
Übergewicht

Frage Nr. 14.1



Ich finde mich hier
nicht wieder

Frage Nr. 14.1



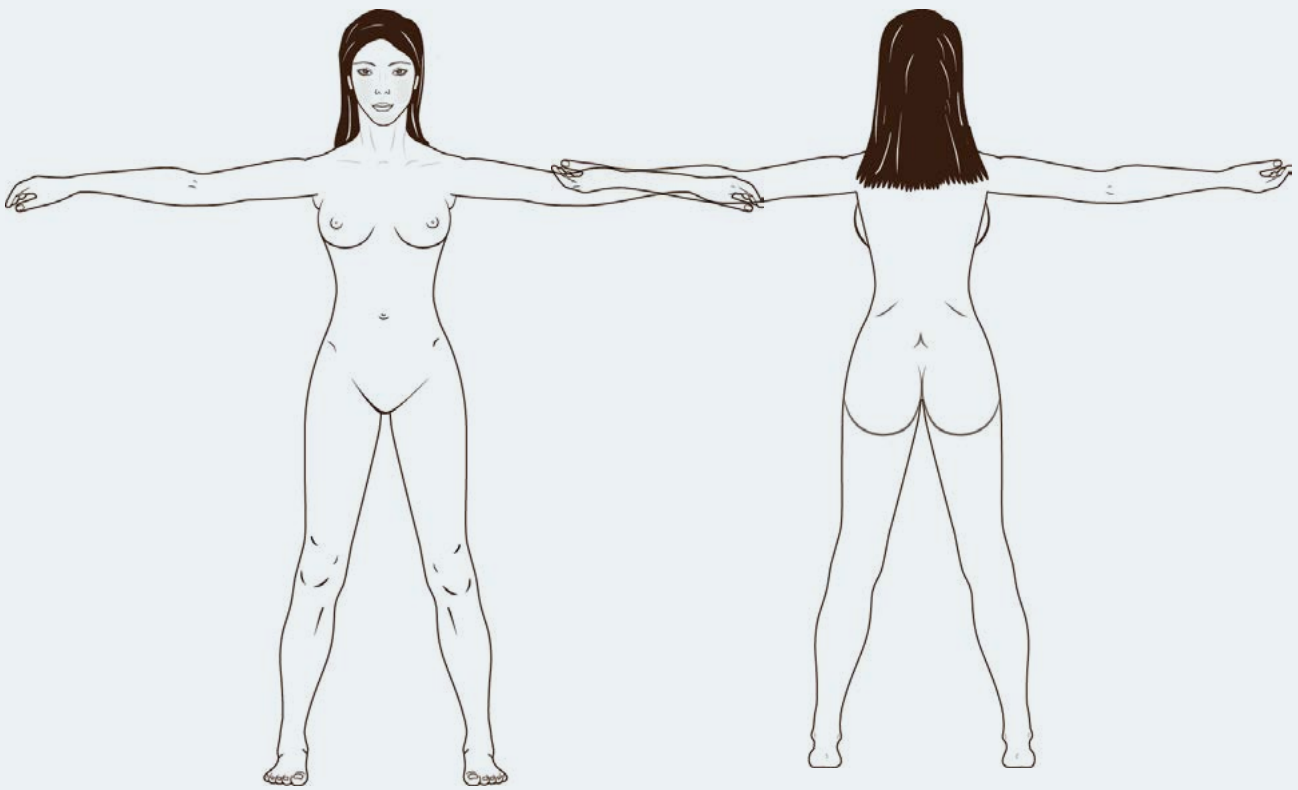
Nr. 18.1	Gewicht und Gewichtsverlaufsverlauf Die folgenden Fragen beziehensich auf Ihr Körpergewicht			
Nr. 18.2	Maximalgewicht:	kg	Datum	
Nr. 18.3	geringstes Gewicht:	kg	Datum	
Nr. 18.4	aktuelles Gewicht:	kg	Gewicht konstant seit? (in Monaten)	
Nr. 18.5	Zufrieden mit dem Gewicht?	Ja	Nein	
Nr. 18.6	Körpergröße	cm	Body-Mass-Index (BMI)	kg/m ²
Nr. 18.7	Hüftumfang	cm	Taillenumfang	cm
Nr. 18.8	Unterliegt Ihr Gewicht starken Schwankungen?			Ja Nein
Nr. 18.9	Haben Sie bereits durch eine/mehrere Diäten erfolglos versucht abzunehmen? Wenn „ja“ wieviele Versuche?			Ja Nein
Nr. 18.10	Haben Sie bereits eine Ernährungsberatung gemacht?			Ja Nein
Nr. 18.11	Wie ernähren Sie sich?			
	Ausgewogen	Vegetarisch	Vegan	anders
Nr. 18.12	Wie haben Sie im Verlauf der letzten 5 Jahre Gewicht abgenommen?			Ja Nein
	Diät	Ernährungsumstellung	OP	Sport anders
Nr. 18.13	Haben Sie durch eine bariatrische Operation an Gewicht verloren?			Ja Nein
	Roux- en-Y - Bypass	Omega-Loop	Schlauchmagen	SADI-S
	Magenband	Magenballon	Biliopankreatische Diversion	
	andere Maßnahme			
Nr. 18.14	Wann war die bariatrische Operation? Wo wurden sie operiert?			
	Datum	Klinik		

		Stören Hautüberschüsse den natürlichen Bewegungsablauf?								Ja	Nein
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		gar nicht									extrem
Frage Nr. 19.1	Bauch										
	Flanken										
	Rücken										
	Oberschenkel										
	Oberarme										
	Brust										
	Gesäß										
19.2	Treiben Sie Sport?	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft					
Frage Nr. 19.3	Welchen Sport üben Sie aus?										
Frage Nr. 19.4	Fühlen Sie sich durch das Lipödem an sich beim Sport eingeschränkt?										
		gar nicht	wenig	mäßig	ziemlich	stark					
Frage Nr. 19.5	Würden Sie gerne mehr Sport treiben?										
		gar nicht	wenig	etwas	viel	sehr viel					
Frage Nr. 19.6	Sind Sie aufgrund von Hautentzündungen in ärztlicher Behandlung?										
	Wenn ja, bei wem? (Name und Anschrift des Arztes)?								Ja	Nein	

Frage Nr. 20.1	Wurde bei Ihnen die Diagnose Lipödem bereits gestellt?				Ja	Nein
	wenn Ja, welches Stadium und welcher Typ?					
	Typ:	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	
	Stadium:	Stadium 1	Stadium 2	Stadium 3	Stadium 4	
Frage Nr. 20.2	Wann wurde die Diagnose gestellt?					
	< 3 Monate	3-6 Monate	etwa 6 Monate	6-12 Monate		
	etwa 1 Jahr	1-2 Jahre	2-5 Jahre	> 5 Jahre		
Frage Nr. 20.3	Welcher Arzt hat die Diagnose gestellt?					
	Name:					
Frage Nr. 20.4	Sind Sie wegen des Lipödems derzeit in ärztlicher Behandlung?				Ja	Nein
	Bei welchem Arzt sind Sie derzeit wegen des Lipödems in Behandlung?					
	Name:					
	Seit wann sind Sie in Behandlung?			Datum:		
	< 3 Monate	3-6 Monate	etwa 6 Monate	6-12 Monate		
	etwa 1 Jahr	1-2 Jahre	2-5 Jahre	> 5 Jahre		
Frage Nr. 20.5	Tragen Sie Kompressionswäsche?				Ja	Nein
	< 3 Monate	3-6 Monate	etwa 6 Monate	6-12 Monate		
	etwa 1 Jahr	1-2 Jahre	2-5 Jahre	> 5 Jahre		
	Strümpfe	Strumpfhose	Ärmlinge	Fachstrick	Rundstrick	
	Kompressionsklass 1	Kompressionsklass 2	Kompressionsklass 3			

Frage Nr. 21.1	Bekommen Sie Lymphdrainagen?					Ja	Nein
	Für welche Regionen bekommen Sie Lmyphdrainagen?					Beine	Arme
	wenn Ja, wie häufig?						
	1 x Woche	2 x Woche	3 x Woche	4 x Woche	5 x Woche		
Frage Nr. 21.2	Seit wann bekommen Sie Lymphdrainagen?						
	< 3 Monate		3-6 Monate		etwa 6 Monate		6-12 Monate
	etwa 1 Jahr		1-2 Jahre		2-5 Jahre		> 5 Jahre
Nr. 21.3	Führt die Lymphdrainge zur einer Besserung > 24h?					Ja	Nein
Frage Nr. 21.4	Nutzen Sie einen Lymphomaten?					Ja	Nein
	Für welche Regionen nutzen Sie den Lymphomaten?					Beine	Arme
	wenn Ja, wie häufig nutzen Sie diesen?						
	1 x Woche	2 x Woche	3 x Woche	4 x Woche	5 x Woche		
Frage Nr. 21.5	Hatten Sie bereits eine Entstauungskur?					Ja	Nein
	Klinik:						
	Datum:						
Frage Nr. 21.6	Hatten Sie bereits eine Liposuktion?					Ja	Nein
	Körperregion:						
	Datum:						
Frage Nr. 21.7	Arztname:						

Welche Körperpartien wünschen Sie sich über eine Liposuktion behandelt?
(bitte anklicken)



Frage Nr. 22.1

Sind Sie an Zusatzleistungen interessiert?

- Eigenfetttransplantation zur Brustvergrößerung
- Eigenfetttransplantation zur Faltenbehandlung
- Eigenfetttransplantation zur Gesäßvergrößerung
- Eigenfetttransplantation zur Lippenvergrößerung
- Gesichtsstraffung
- Augenlidstraffung
- Botox, Hyaluronsäure
- 360° zirkuläre Rumpfstraffung (Body Lift)
- Bauchdeckenstraffung
- Oberschenkelstraffung
- Bruststraffung

Frage Nr. 22.2

Wie haben Sie über uns erfahren?

Frage Nr. 14.1

- Empfehlung von anderen Ärzten
- Empfehlung von anderen Patienten
- Selbsthilfegruppe
- Flyer
- Internet
- Instagram
- Facebook
- Website / Google
- Vortrag
- Buch “Lipödem“ Springer Verlag

Haben Sie weitere Anmerkungen

Ja

Nein

Frage Nr. 14.5