Schmerz-Verlaufsfragebogen

Stempelfeld Schmerztherapeutische Einrichtung

Klinikum Mittelbaden Baden-Baden Bühl
Dr. med. Joachim Gießer
Anästhesiologie / Schmerzmedizin
Robert-Koch-Str. 70, 77815 Bühl
Tel.: 07223/815290, Fax.: 07223/815296
Email: Schmerzmedizin@klinikum-mittelbaden.de

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Dezember 2024

Die Schutzrechte liegen bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Straße: _____

Telefonnr.: _____ Mobil: _____ EMail: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

heute interessiert uns Ihr aktuelles Befinden. Wir bitten Sie daher, **alle** Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen.

Alle Angaben, die Sie in diesem Fragebogen machen, werden streng vertraulich behandelt.

Wichtige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Der Fragebogen besteht aus mehreren Teilen. Bitte lesen Sie die jeweiligen Anleitungen zur Beantwortung der Fragen genau und gehen Sie die Teile des Fragebogens der Reihe nach durch.

Beantworten Sie die Fragen, indem Sie ein Kreuz im entsprechenden Kästchen setzen:

z.B. ☒

oder Ihre Antwort an die durch einen Unterstrich gekennzeichnete Stelle schreiben:

z.B. Rückenschmerzen

Zahlen tragen Sie bitte in die vorgegebenen Kästchen ein:

z.B. 1 2 Tage

Bitte lassen Sie keinen Teil des Fragebogens aus und beantworten Sie **alle** Fragen.

Herzlichen Dank!

Schutzrechte
Die Schutzrechte des Deutschen Schmerzfragebogens (DSF) liegen bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Der Deutsche Schmerzfragebogen enthält u.a.:
Schmerzbeschreibungsliste (SBL): Korb 2006, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0
Graded Chronic Pain Scale Items and Scoring (GCPS): Von Korff et al. 1992, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0
Fragebogen zum Wohlbefinden (MFHW): Herda, Scharfenstein, Basler 1998, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0
Depressivität, Angst und Stress bei Schmerzen (DASS): Nilges, Essau 2012, Public license (CC) BY-NC-SA 4.0
Schmerz-Bewertungs-Skala (PCS): Meyer et al. 2008
Veterans RAND 12 Gesundheitsfragebogen (VR-12): Trustees of Boston University 2014, Dt. Version: Buchholz, Kohlmann 2015

Bitte tragen Sie hier **das heutige Datum** ein:

Tag | Monat | Jahr

1. Haben Sie derzeit noch Schmerzen?

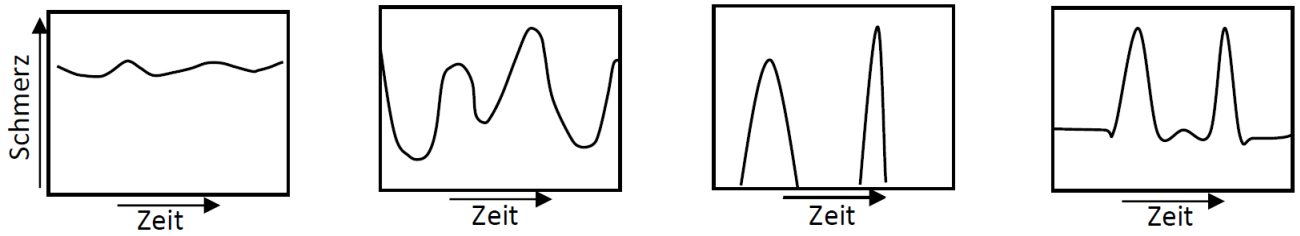
ja ..... ☐ → bitte weiter bei Frage 2
nein ..... ☐ → bitte weiter bei Frage 5 (auf Seite 4)

2. Bitte geben Sie an, in welchen Körperbereichen Ihre Schmerzen derzeit **hauptsächlich** auftreten. Mehrfachantworten sind möglich.

Kopf / Gesicht ..... ☐
Nacken / Schultern ..... ☐
Arme / Hände ..... ☐
Oberer Rücken / Brustwirbelsäule ..... ☐
Unterer Rücken / Lendenwirbelsäule ..... ☐
Hüften / Gesäß ..... ☐
Beine / Füße ..... ☐
Bauchbereich (Ober- und Unterbauch) ..... ☐
Geschlechtsorgane / After ..... ☐
Schmerzen in einer Körperhälfte / im ganzen Körper ..... ☐

Hinweis: Bitte beziehen Sie sich bei allen folgenden Fragen auf Ihre Schmerzen, wegen derer Sie hauptsächlich in Behandlung sind bzw. waren.

3a. Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen **in den letzten 4 Wochen** am besten zu? Bitte nur **eine** Angabe machen!



☐ **1)** Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

☐ **2)** Dauerschmerzen mit starken Schwankungen

☐ **3)** Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei

☐ **4)** Dauerschmerzen, dazwischen zusätzliche Schmerzattacken

Falls Sie an **Schmerzattacken** leiden (d.h. wenn Sie Bild 3 oder Bild 4 angekreuzt haben), beantworten Sie bitte **zusätzlich** folgende Fragen:

3b. **Wie oft** treten die Attacken durchschnittlich auf?

mehrfach am Tag ..... ☐
einmal am Tag ..... ☐
mehrfach in der Woche ..... ☐
einmal in der Woche ..... ☐
mehrfach im Monat ..... ☐
einmal im Monat ..... ☐
seltener als einmal im Monat ... ☐

3c. **Wie lange** dauern diese Attacken durchschnittlich?

Sekunden ..... ☐
Minuten ..... ☐
Stunden ..... ☐
bis zu drei Tage ..... ☐
länger als drei Tage ..... ☐

4. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftsworten können Sie genauer beschreiben, **wie Sie Ihre Schmerzen empfinden.** Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre **typischen Schmerzen in der letzten Zeit.** Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie **für jedes Wort ein Kreuz**, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.

Ich empfinde meine Schmerzen als...	trifft genau zu **3**	trifft weitgehend zu **2**	trifft ein wenig zu **1**	trifft nicht zu **0**
... dumpf	☐	☐	☐	☐
... drückend	☐	☐	☐	☐
... pochend	☐	☐	☐	☐
... klopfend	☐	☐	☐	☐
... stechend	☐	☐	☐	☐
... ziehend	☐	☐	☐	☐
... heiß	☐	☐	☐	☐
... brennend	☐	☐	☐	☐
... elend	☐	☐	☐	☐
... schauderhaft	☐	☐	☐	☐
... scheußlich	☐	☐	☐	☐
... furchtbar	☐	☐	☐	☐

5. In den folgenden Fragen geht es um Ihre **momentanen** Schmerzen und Ihre Schmerzen **in den letzten 4 Wochen**.

Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte **auf den unten aufgeführten Skalen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden.

Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

5a. Geben Sie zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

5b. Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

5c. Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

6. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen **während der letzten 3 Monate.** Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die Auswirkungen der Schmerzen erfahren.

6a. **An wie vielen Tagen** konnten Sie **in den letzten 3 Monaten** aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

Ich konnte meinen üblichen Aktivitäten... ... an allen Tagen nachgehen ☐ .

... an etwa ____ Tagen **nicht** nachgehen.

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

6b. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

6c. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- und Freundeskreis** beeinträchtigt?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

6d. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

7. Haben Ihre Schmerzen in den letzten 3 Monaten abgenommen?

ja ..... ☐ → Können Sie sagen, **um wieviel Prozent** Ihre Schmerzen abgenommen haben?

um etwa ____ %

nein ..... ☐

8. Wie beurteilen Sie den bisherigen Erfolg Ihrer Behandlung?

sehr gut	gut	zufriedenstellend	weniger gut	schlecht
☐	☐	☐	☐	☐

9. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

ja ..... ☐ → bitte weiter bei Frage 10

nein ..... ☐ → bitte weiter bei Frage 11

10. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie in die Tabelle **alle Medikamente** ein, die Sie **zurzeit** einnehmen (z.B. Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel). ggf. Asthma-Spray, Nahrungsergänzungsmittel, Augentropfen ergänzen

	Ihre aktuellen Medikamente	Stärke	Form	Ich nehme das Medikament **regelmäßig:** morgens	mittags	abends	zur Nacht	Ich nehme das Medikament **nur bei Bedarf:** ja?	Ungefähr **wie oft pro Monat**?
Beispiel	Ibuprofen	800mg	Tablette	1	0	0	1		
Beispiel	Fentanyl	25µg/Std	Pflaster	1 (alle 3 Tage)	0	0	0		
Beispiel	Novaminsulfon	500mg/ml	Tropfen					X	3-4x je 40 Trpf. an ca. 3 Tagen

Bitte hier **Ihre Medikamente** eintragen: (oder einen aktuellen Bundesmedikamentenplan hinzufügen)

11. Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in der **letzten Woche** meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte **alle Aussagen**.

	trifft gar nicht zu 0	1	2	3	4	**trifft vollkommen zu** 5
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich habe mein Leben genießen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich habe mich richtig freuen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12. Fragen zu Ihrem Befinden

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

0 = Traf gar nicht auf mich zu
1 = Traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal
2 = Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu oder ziemlich oft
3 = Traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

		0	1	2	3	
1.	Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	☐	☐	☐	☐	S
2.	Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	☐	☐	☐	☐	A
3.	Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	☐	☐	☐	☐	D
4.	Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	☐	☐	☐	☐	A
5.	Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	☐	☐	☐	☐	D
6.	Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	☐	☐	☐	☐	S
7.	Ich zitterte (z.B. an den Händen).	☐	☐	☐	☐	A
8.	Ich fand alles anstrengend.	☐	☐	☐	☐	S
9.	Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	☐	☐	☐	☐	A
10.	Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	☐	☐	☐	☐	D
11.	Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	☐	☐	☐	☐	S
12.	Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	☐	☐	☐	☐	S
13.	Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	☐	☐	☐	☐	D
14.	Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	☐	☐	☐	☐	S
15.	Ich fühlte mich einer Panik nahe.	☐	☐	☐	☐	A
16.	Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	☐	☐	☐	☐	D
17.	Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	☐	☐	☐	☐	D
18.	Ich fand mich ziemlich empfindlich.	☐	☐	☐	☐	S
19.	Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	☐	☐	☐	☐	A
20.	Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	☐	☐	☐	☐	A
21.	Ich empfand das Leben als sinnlos.	☐	☐	☐	☐	D
		D	A	S		

Schmerz-Bewertungs-Skala

13. Die folgenden dreizehn Sätze beschreiben **verschiedene Gedanken und Gefühle**, die bei Schmerzen auftreten können. Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala eine Zahl bei jeder Frage, wie stark diese Gedanken und Gefühle auf Sie zutreffen, wenn Sie Schmerzen haben.

		trifft überhaupt nicht zu 0	trifft eher nicht zu 1	teils-teils 2	trifft eher zu 3	trifft immer zu 4
1.	Ich mache mir ständig Sorgen, ob die Schmerzen wohl jemals wieder aufhören werden.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Ich denke, ich kann nicht mehr.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Der Zustand ist schrecklich und ich denke, dass es nie mehr besser wird.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Der Zustand ist furchtbar und droht mich zu überwältigen.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Ich habe das Gefühl, ich halte es nicht mehr aus.	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Ich bekomme Angst, dass die Schmerzen noch stärker werden.	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Ich denke ständig an andere Situationen, in denen ich Schmerzen hatte.	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Ich wünsche mir verzweifelt, dass die Schmerzen weggehen.	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Ich kann nicht aufhören, an die Schmerzen zu denken.	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Ich denke ständig daran, wie sehr es schmerzt.	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Ich denke ständig daran, wie sehr ich mir ein Ende der Schmerzen herbeiwünsche.	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Es gibt nichts, was ich tun kann, um die Schmerzen zu lindern.	☐	☐	☐	☐	☐
13.	Ich mache mir Sorgen, dass die Schmerzen auf etwas Schlimmes hindeuten.	☐	☐	☐	☐	☐

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

14. In diesem Fragebogenabschnitt geht es um die Beurteilung **Ihres Gesundheitszustandes.** Ihre Angaben ermöglichen es nach zu vollziehen, wie Sie sich fühlen und **wie gut Sie Ihre Alltagstätigkeiten** ausüben können. Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei der Antwort auf eine Frage unsicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich.

		ausge-zeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1.	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	☐	☐	☐	☐	☐

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Sind Sie **derzeit** aufgrund Ihrer Gesundheit bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

		ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2.	**Mittelschwere** Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	☐	☐	☐
3.	**Mehrere** Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐

Hatten Sie **in den vergangenen 4 Wochen** aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten?

		nie	selten	manchmal	meistens	immer
4.	Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen.	☐	☐	☐	☐	☐

Hatten Sie **in den vergangenen 4 Wochen** aufgrund **seelischer Probleme** die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

		nie	selten	manchmal	meistens	immer
6.	Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen.	☐	☐	☐	☐	☐
		überhaupt nicht	**ein wenig**	**mäßig**	**ziemlich**	**sehr**
8.	Inwieweit haben Schmerzen **in den vergangenen 4 Wochen** Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich **in den vergangenen 4 Wochen** gefühlt haben und wie es Ihnen ergangen ist. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

Wie oft fühlten Sie sich **in den vergangenen 4 Wochen**...		immer	meistens	ziemlich oft	manch-mal	selten	nie
9.	... ruhig und gelassen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10.	... voller Energie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11.	... entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

		immer	meistens	manchmal	selten	nie
12.	Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme **in den vergangenen 4 Wochen** Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐

Behandlungen

15. Wurden Sie in den letzten 3 Monaten **wegen Ihrer Schmerzen** ambulant von einem Arzt oder einem Therapeuten untersucht oder behandelt (schließt auch Behandlungen in einer Krankenhausambulanz oder eine Gruppentherapie ein)?

ja ..... ☐ → bitte weiter bei Frage 16

nein ..... ☐ → bitte weiter bei Frage 17

16. Kreuzen Sie bitte die Facharzt- bzw. Berufsgruppe an, die Sie in den letzten 3 Monten **wegen Ihrer Schmerzen** bisher aufgesucht haben (Mehrfachantworten sind möglich).

Hausärzt:in ..... ☐	Neurochirurg:in ..... ☐	Physiotherapeut:in ..... ☐	Radiologe:in ..... ☐
Chirurg:in ..... ☐	Neurolog:in ..... ☐	Psychiater:in..... ☐	Schmerztherapeut:in .... ☐
Internist:in ..... ☐	Orthopäd:in ..... ☐	Psychotherapeut:in ..... ☐	Ergotherapeut:in ..... ☐

Andere _____

17. Wurden Sie in den letzten 3 Monaten **wegen Ihrer Schmerzen** stationär oder tagesklinisch im einem Krankenhaus behandelt?

ja ..... ☐ → insgesamt ☐☐ Tage

nein ..... ☐

18. Haben Sie in den letzten 3 Monaten an einer stationären oder ambulanten Rehabilitation (Reha-Klinik, ambulantes Reha-Zentrum, „Kur“) teilgenommen?

ja ..... ☐ → insgesamt ☐☐ Tage

nein ..... ☐

Fragen zu Ihrer Berufstätigkeit

19. Was auf der folgenden Liste **trifft auf Sie zu?** Ich bin derzeit…

in Vollzeit erwerbstätig ..... ☐
in Teilzeit erwerbstätig ..... ☐
geringfügig beschäftigt / Minijob ..... ☐
in beruflicher Ausbildung / Lehre / Umschulung ..... ☐
Hausfrau:Hausmann ..... ☐
Schüler:in ..... ☐
Student:in ..... ☐
Rentner:in / pensioniert ..... ☐
arbeitssuchend / arbeitslos ..... ☐
sonstiges ..... ☐

20. An wie vielen Tagen waren Sie **in den letzten 3 Monaten** krankgeschrieben?

Ich war ... an keinem Tag krankgeschrieben ☐.
... an ungefähr ☐☐ Tagen krankgeschrieben.

21. Sind Sie **zurzeit** krankgeschrieben?

ja ..... ☐ → wenn ja, seit wann? ☐☐ Tag ☐☐ Monat ☐☐☐☐ Jahr
→ wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können?
ja ..... ☐ nein ..... ☐
nein ..... ☐

22. Haben Sie einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (Frührente aus Gesundheitsgründen) gestellt?

ja ..... ☐ → Der Antrag … ... ist bewilligt worden. ..... ☐
... ist noch nicht entschieden. ..... ☐
... ist abgelehnt. ..... ☐
... befindet sich im Widerspruchs- / Klageverfahren. ..... ☐
nein ..... ☐ → Überlegen Sie derzeit, einen solchen Antrag zu stellen?
ja ..... ☐ nein ..... ☐

23. Wurde bei Ihnen ein durch das Versorgungsamt anerkannter **Grad der Behinderung (GdB)** festgestellt?

ja ..... ☐ → wenn ja, wie hoch ist der Grad der Behinderung? ☐☐☐
nein ..... ☐

Platz für weitere Bemerkungen:

_____

_____

_____

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!