

# Fragebogen für sensible Empfindungsstörungen bei neurologischen Erkrankungen



UNIVERSITÄT  
DES  
SAARLANDES

Untersucher:

Datum:

Name:

Geschlecht  
w / m / d

Geburtsdatum:

Bildungsabschluss

Beruf

AU

GBD %

MDE

Rente

Schlaganfall li / re  
Wann:

Hemiparese li / re

Hemianopsie li / re

In Remission

Andere:

Neglect li / re

Aphasie

In Remission

Spastik

Händigkeit li / re / ambi

Läsionsort(e):

Diagnose(n):

## Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

1. Haben Sie ungewöhnliche Empfindungen bezüglich Ihrer Arme, Beine oder anderer Körperteile?

Körperteil(e):

Seit wann?

Beschreibung:

2. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Arm / Bein / anderes Körperteil sich fremdartig/andersartig/komisch anfühlt?

Körperteil(e):

Seit wann?

Beschreibung:

3. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Arm / Bein / anderes Körperteil sich in einer bestimmten Position befindet, die nicht mit der wirklichen Position übereinstimmt?

Körperteil(e): \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Beschreibung: \_\_\_\_\_

4. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Arm / Bein / anderes Körperteil sich bewegt, obwohl keine Bewegung ausgeführt wird?

Körperteil(e): \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Beschreibung: \_\_\_\_\_

5. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Arm / Bein / anderes Körperteil nicht zu Ihnen gehört?

Körperteil(e): \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Beschreibung: \_\_\_\_\_

Kennen Sie dieses Symptom aus der Akutphase? Ja  Nein

6. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Arm / Bein / anderes Körperteil jemand anderem gehört?

Körperteil(e): \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Beschreibung: \_\_\_\_\_

Kennen Sie dieses Symptom aus der Akutphase? Ja  Nein

7. Haben Sie die Empfindung, Sie hätten zusätzliche Körperteile (z.B. mehr als 2 Arme, Beine, etc.)?

Körperteil(e): \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Beschreibung: \_\_\_\_\_

Kennen Sie dieses Symptom aus der Akutphase? Ja  Nein

8. Verspüren Sie Wut auf Ihren Arm/ Ihr Bein/ anderes Körperteil?

Körperteil(e): \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Beschreibung: \_\_\_\_\_

9. Haben Sie Ihren Arm/ Ihr Bein/ Anderes Körperteil schon einmal geschlagen?

Körperteil(e): \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Beschreibung: \_\_\_\_\_

10. In welchen Situationen haben Sie diese Empfindungen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Sind diese Empfindungen kontinuierlich vorhanden?

ja  nein

12. Wodurch werden diese Empfindungen ausgelöst?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Gibt es etwas, das die Empfindung verstärkt (z.B. Wetterwechsel, Alkohol, Stress, Entspannung, Nahrungsmittel, Schlaf, Lärm, Licht, Gerüche...)?

---

---

14. Gibt es etwas, das die Empfindungen vermindert?

---

---

15. Gibt es etwas, das Ihre Aufmerksamkeit von der Empfindung ablenken kann (z.B. Gespräche, Tätigkeiten, Fernsehen...)?

---

---

16. Können Sie die Empfindungen kontrollieren?  ja  nein Wenn ja, wie?

---

---

17. Wann ist Ihnen die Empfindung zum ersten Mal aufgefallen?

---

---

18. Hat sich die Empfindung im Laufe der Zeit verändert? Wie und in welchem Zeitraum?

---

---

**Bitte kreuzen Sie die folgenden Fragen nach dem folgenden Schema an:**

	<b>0</b> gar nicht	<b>1</b> sehr schwach	<b>2</b> schwach	<b>3</b> mittel	<b>4</b> stark	<b>5</b> sehr stark	<b>6</b> extrem stark
19. Wie real erleben Sie diese Empfindung?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
20. Wie störend erleben Sie diese Empfindung?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
21. Wie ist Ihr Alltagsleben dadurch eingeschränkt?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
22. Wie ist Ihre berufliche Tätigkeit durch die Empfindung eingeschränkt?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
23. Wie schränkt die Empfindung Ihre sozialen Aktivitäten ein?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
24. Wie schränkt die Empfindung Ihre Hobbies / Freizeit ein?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
25. Wie beeinträchtigt die Empfindung Ihre Beziehungen / Ehe / Partnerschaft?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
26. Inwiefern zieht die Empfindung Ihre Aufmerksamkeit auf sich?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
27. Wie schmerzhaft ist die Empfindung?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

**Bitte kreuzen Sie an, wie sich die Empfindung anfühlt:**

	<b>0</b> gar nicht	<b>1</b> sehr schwach	<b>2</b> schwach	<b>3</b> mittel	<b>4</b> stark	<b>5</b> sehr stark	<b>6</b> extrem stark
28. pochend	0	1	2	3	4	5	6
29. pulsierend	0	1	2	3	4	5	6
30. stechend	0	1	2	3	4	5	6
31. kribbelnd	0	1	2	3	4	5	6
32. drückend von außen	0	1	2	3	4	5	6
33. drückend von innen	0	1	2	3	4	5	6
34. zwickend	0	1	2	3	4	5	6
35. heiß	0	1	2	3	4	5	6
36. kalt	0	1	2	3	4	5	6
37. taub	0	1	2	3	4	5	6
38. dumpf	0	1	2	3	4	5	6
39. schwer	0	1	2	3	4	5	6
40. wie Muskelkater	0	1	2	3	4	5	6
41. wund	0	1	2	3	4	5	6
42. fremdartig	0	1	2	3	4	5	6
43. andersartig	0	1	2	3	4	5	6
44. komisch	0	1	2	3	4	5	6
45. ziehend	0	1	2	3	4	5	6
46. verkrampfend	0	1	2	3	4	5	6
47. brennend	0	1	2	3	4	5	6
48. juckend	0	1	2	3	4	5	6
49. abweichende Position von Gliedmaßen	0	1	2	3	4	5	6

50. wie Bewegung	0	1	2	3	4	5	6
51. Gefühl Körperteil ist geteilt	0	1	2	3	4	5	6
52. Gefühl Körperteil ist verdreht	0	1	2	3	4	5	6
53. entzündet	0	1	2	3	4	5	6
54. Abweichende Stellung von Gliedmaßen	0	1	2	3	4	5	6
55. quälend	0	1	2	3	4	5	6
56. erschöpfend	0	1	2	3	4	5	6
57. heftig	0	1	2	3	4	5	6
58. scheußlich	0	1	2	3	4	5	6
59. furchtbar	0	1	2	3	4	5	6
60. unerträglich	0	1	2	3	4	5	6
61. Andere (bitte Beschreiben):	0	1	2	3	4	5	6

---

**Anmerkungen/ Kommentare des Untersuchers**

---



---



---



---



---



---



---

**Bitte zeichnen Sie hier die Position(en) der Empfindung(en) ein und schreiben Sie daneben, wie sich die Empfindung anfühlt (Ziffern aus Seite 5)**

