

Datum: _____

Zeit: _____

Name: _____

1

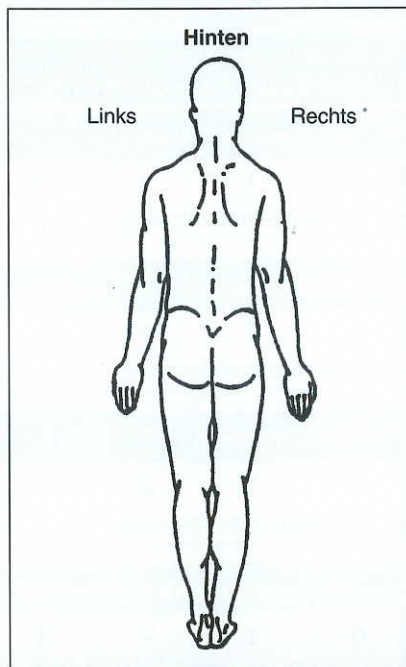
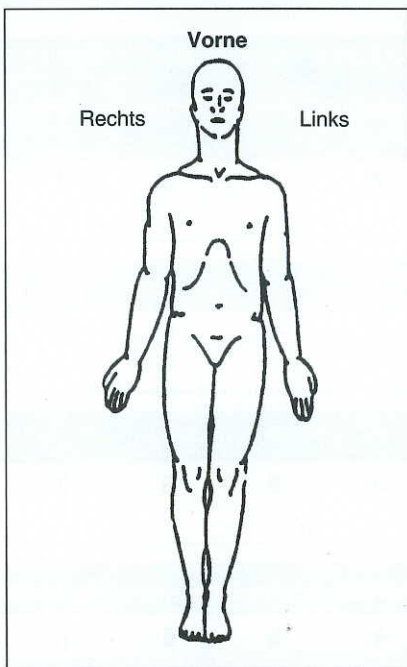
Die meisten von uns haben von Zeit zu Zeit Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, bei Verstauchung). Hatten Sie in der letzten Woche oder heute andere als diese sog. Alltagsschmerzen?

Letzte Woche: ja nein

Heute: ja nein

2

Schraffieren Sie bitte in der nachstehenden Zeichnung die Gebiete, in denen Sie Schmerzen haben. Markieren Sie mit X die Stelle, die Sie am meisten schmerzt.



3

Kreisen Sie bitte die Zahl ein, die Ihre stärksten Schmerzen während der letzten 24 Stunden am besten beschreibt.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerzen

4

Kreisen Sie bitte die Zahl ein, die Ihre geringsten Schmerzen während der letzten 24 Stunden am besten beschreibt.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerzen

5

Kreisen Sie bitte die Zahl ein, die Ihre durchschnittlichen Schmerzen am besten beschreibt.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerzen

6

Kreisen Sie bitte die Zahl ein, die Ihre jetzigen Schmerzen am besten beschreibt.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Schmerzen							stärkste vorstellbare Schmerzen			

7

Welche Behandlungen oder Medikamente erhalten Sie gegen Ihre Schmerzen?

8

Wieviel Schmerzerleichterung hat die Behandlung oder die Medikation in den letzten 24 Stunden gebracht? Kreisen Sie bitte die Prozentzahl an, die die Besserung am besten beschreibt.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
keine Besserung									Schmerzfreiheit	

9

Kreisen Sie bitte die Zahl an, die am besten beschreibt, inwieweit die Schmerzen Sie während der vergangenen 24 Stunden beeinträchtigt haben.

Allgemeine Aktivität

A	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung							stärkste Beeinträchtigung			

Stimmung

B	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung							stärkste Beeinträchtigung			

Gehvermögen

C	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung							stärkste Beeinträchtigung			

Normale tägliche Arbeit (sowohl auf der Arbeitsstelle als im Haushalt), Belastbarkeit

D	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung							stärkste Beeinträchtigung			

Beziehung zu anderen Menschen

E	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung							stärkste Beeinträchtigung			

Schlaf

F	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung							stärkste Beeinträchtigung			

Lebensfreude

G	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung							stärkste Beeinträchtigung			