

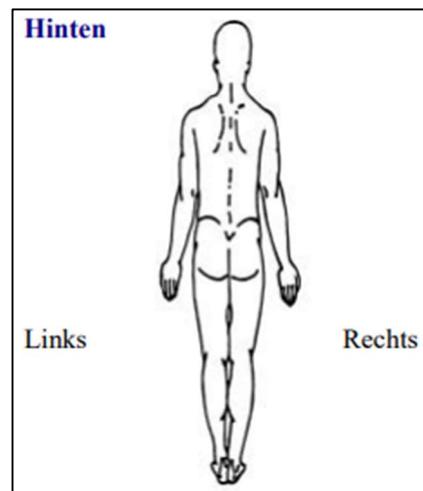
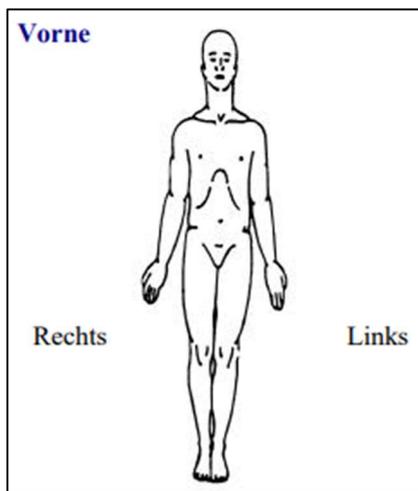


Verlaufs- Schmerz-Fragebogen

Datum:	Geburtsdatum:
Nachname, Vorname:	

1. Hatten Sie neu aufgetretene Schmerzen? Ja Nein

2. Bitte schraffieren Sie in der nachstehenden Zeichnung die Bereiche, in denen Sie Schmerzen haben. Markieren Sie mit „X“ die Stelle, die Sie am meisten schmerzt.



3. Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre stärksten Schmerzen seit der letzten Vorstellung beschreibt:

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

4. Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre geringsten Schmerzen seit der letzten Vorstellung beschreibt:

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

5. Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre durchschnittlichen Schmerzen seit der letzten Vorstellung beschreibt:

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

6. Kreisen Sie die Zahl ein, die aussagt, welche Schmerzen Sie im Moment haben!

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

[Hier eingeben]

Bitte Rückseite beachten!



7. Welche Behandlungen oder Medikamente erhalten Sie gegen Ihre Schmerzen?

- die von mir verordneten
 weitere (durch den Hausarzt, Krankenhaus o.Ä.)

welche? _____

8. Bitte denken Sie an die letzte Vorstellung. Wie viel Schmerzlinderung haben Sie durch Behandlungen oder Medikamente erfahren?

Bitte kreisen Sie die Prozentzahl ein, die am besten die Schmerzlinderung beschreibt!

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
keine Linderung										vollständige Linderung

9. Bitte kreisen Sie die Zahl ein, die angibt, wie stark Ihre Schmerzen Sie seit der letzten Vorstellung 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 Arbeit (sowohl außerhalb und 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