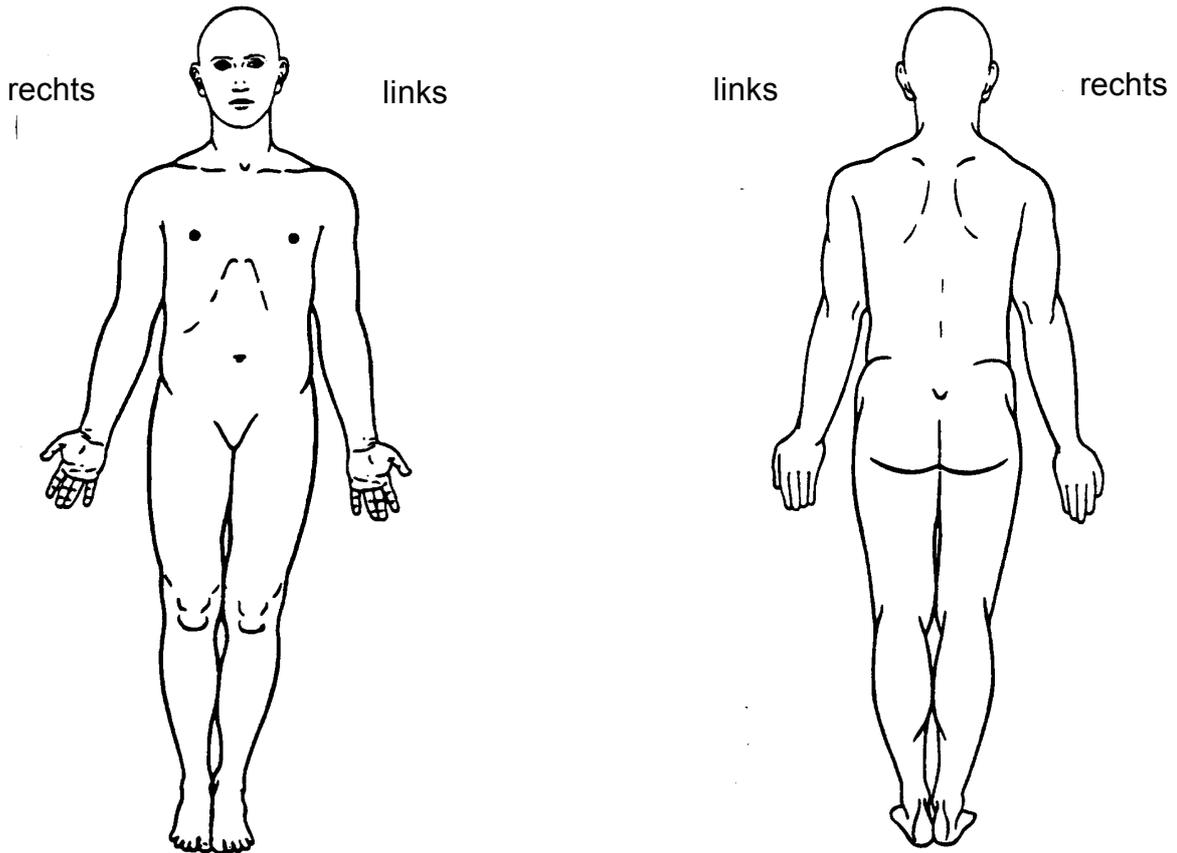


Datum:	Uhrzeit:	Name:	Vorname:
--------	----------	-------	----------

1 Die meisten von uns haben von Zeit zu Zeit Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, bei Verstauchungen). Hatten Sie **heute andere als diese Alltagsschmerzen**?

ja nein

2 Schraffieren Sie in nachstehender Zeichnung die Gebiete, 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 in den letzten 24 Stunden 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 in den letzten 24 Stunden 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 in den letzten 24 Stunden 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 **in diesem Moment** haben:

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

7 Welche Behandlungen oder Medikamente erhalten Sie gegen Ihre Schmerzen?

--

8 Bitte denken Sie an die vergangenen 24 Stunden. Wieviel 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

Bitte kreisen Sie die Zahl ein, die angibt, wie stark Ihre Schmerzen Sie in den vergangenen 24 Stunden beeinträchtigt haben:

9 **Allgemeine Aktivität**

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

10 **Stimmung**

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

11 **Gehvermögen**

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

12 **Normale Arbeit** (sowohl außerhalb des Hauses als auch Hausarbeit), **Belastbarkeit**

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

13 **Beziehung zu anderen Menschen**

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

14 **Schlaf**

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

