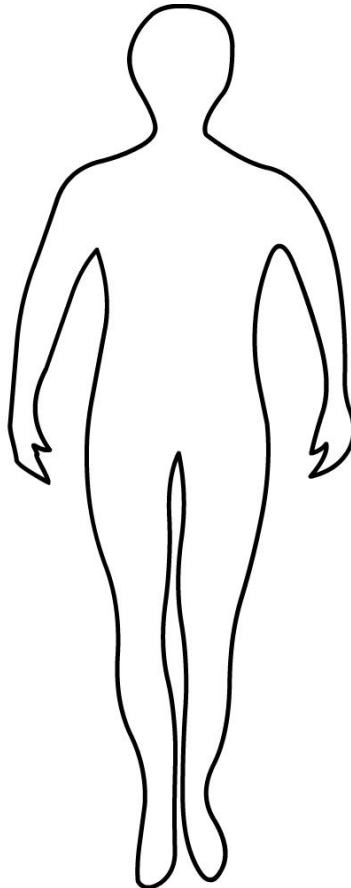


SCHMERZFRAGEBOGEN

Name, Vorname

Geburtsdatum:

1. Bitte zeichnen Sie ein, in welchem Gebiet sich Ihre Hauptschmerzen befinden



2. Wie häufig treten Ihre Schmerzen auf?

wenige Male pro Jahr

wenige Male pro Monat

mehrmals pro Woche

einmal täglich

mehrmals täglich

meine Schmerzen sind dauernd vorhanden

3. Wie beurteilen Sie die Stärke Ihrer Schmerzen?

Kreuzen Sie bitte an, wie stark Sie Ihre Schmerzen jetzt empfinden. Ein Wert von 0 bedeutet dabei, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie haben Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind.

1. Geben Sie zunächst 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

2. Geben Sie jetzt bitte Ihre **momentane** Schmerzstärke (beim Ausfüllen des Fragebogens) an:

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

4. Wie haben sich Ihre Schmerzen seit der letzten schmerztherapeutischen Behandlung verändert?

Heute ist meine erste Behandlung []

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
 gar nicht völlige Schmerzfreiheit

5. Bitte geben Sie im Folgenden an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in den verschiedenen Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt sind. Das heißt: Wie sehr hindern die Schmerzen Sie daran, ein normales Leben zu führen? Kreuzen Sie bitte für jeden der sieben Lebensbereiche die Zahl an, die die für Sie **typische Stärke** der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt.

Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, und ein Wert von 10 gibt an, dass Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.

1. **Familiäre und häusliche Verpflichtungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeiten).

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

2. **Erholung** (dieser Bereich umfasst Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten)

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

3. **Soziale Aktivitäten** (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Feste, Theater- und Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

4. **Beruf** (dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben; gemeint ist auch Hausfrauen(männer)tätigkeit)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

5. **Selbstversorgung** (dieser Bereich umfasst Aktivitäten, die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z.B. sich waschen und anziehen, Autofahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

6. **Lebensnotwendige Tätigkeiten** (dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen und Schlafen)

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

6. Geben Sie bitte **alle Medikamente** an, die Sie **in den letzten 4 Wochen** eingenommen haben.

Medikament	Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen)	Dosierung	Zeitraum

7. Führen Sie ein Schmerztagebuch?

JA []

NEIN []

Ort, Datum

Unterschrift