

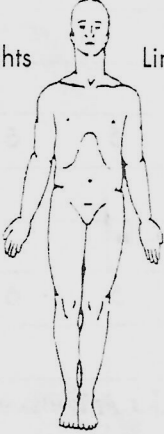
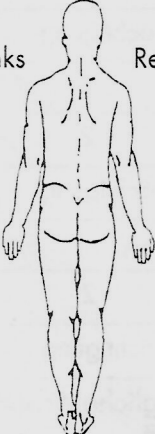
Kurzfragebogen

Schmerz

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 <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Heute: | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Vorne</p> <p>Rechts Links</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>Hinten</p> <p>Links Rechts</p>  </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Kreisen Sie bitte die Zahl ein, die Ihre stärksten Schmerzen während der letzten 24 Stunden am besten beschreibt. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">0</td><td style="width: 10%;">1</td><td style="width: 10%;">2</td><td style="width: 10%;">3</td><td style="width: 10%;">4</td><td style="width: 10%;">5</td><td style="width: 10%;">6</td><td style="width: 10%;">7</td><td style="width: 10%;">8</td><td style="width: 10%;">9</td><td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: left;">keine Schmerzen</td> <td colspan="6" style="text-align: right;">stärkste vorstellbare Schmerzen</td> </tr> </table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | keine Schmerzen | | | | | stärkste vorstellbare Schmerzen | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">0</td><td style="width: 10%;">1</td><td style="width: 10%;">2</td><td style="width: 10%;">3</td><td style="width: 10%;">4</td><td style="width: 10%;">5</td><td style="width: 10%;">6</td><td style="width: 10%;">7</td><td style="width: 10%;">8</td><td style="width: 10%;">9</td><td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: left;">keine Schmerzen</td> <td colspan="6" style="text-align: right;">stärkste vorstellbare Schmerzen</td> </tr> </table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | keine Schmerzen | | | | | stärkste vorstellbare Schmerzen | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">0</td><td style="width: 10%;">1</td><td style="width: 10%;">2</td><td style="width: 10%;">3</td><td style="width: 10%;">4</td><td style="width: 10%;">5</td><td style="width: 10%;">6</td><td style="width: 10%;">7</td><td style="width: 10%;">8</td><td style="width: 10%;">9</td><td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: left;">keine Schmerzen</td> <td colspan="6" style="text-align: right;">stärkste vorstellbare Schmerzen</td> </tr> </table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | keine Schmerzen | | | | | stärkste vorstellbare Schmerzen | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">0</td><td style="width: 10%;">1</td><td style="width: 10%;">2</td><td style="width: 10%;">3</td><td style="width: 10%;">4</td><td style="width: 10%;">5</td><td style="width: 10%;">6</td><td style="width: 10%;">7</td><td style="width: 10%;">8</td><td style="width: 10%;">9</td><td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: left;">keine Schmerzen</td> <td colspan="6" style="text-align: right;">stärkste vorstellbare Schmerzen</td> </tr> </table> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | keine Schmerzen | | | | | stärkste vorstellbare Schmerzen | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | | | | | | | | |
| keine Schmerzen | | | | | stärkste vorstellbare Schmerzen | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Welche Behandlung oder Medikamente erhalten Sie gegen Ihre Schmerzen? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kurzfragebogen

Schmerz

| | |
|----------|---|
| 8 | Wie viel 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 ein, die am besten beschreibt, inwieweit die Schmerzen Sie während der letzten 24 Stunden beeinträchtigt haben. |
| A | Allgemeine Aktivität |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung |
| B | Stimmung |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung |
| C | Gehvermögen |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung |
| D | Normale tägliche Arbeit (sowohl auf der Arbeitsstelle als auch im Haushalt), Belastbarkeit |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung |
| E | Beziehung zu anderen Menschen |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung |
| F | Schlaf |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung |
| G | Lebensfreude |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung |