



Schmerzfragebogen (Ersterhebung)

Datum: _____

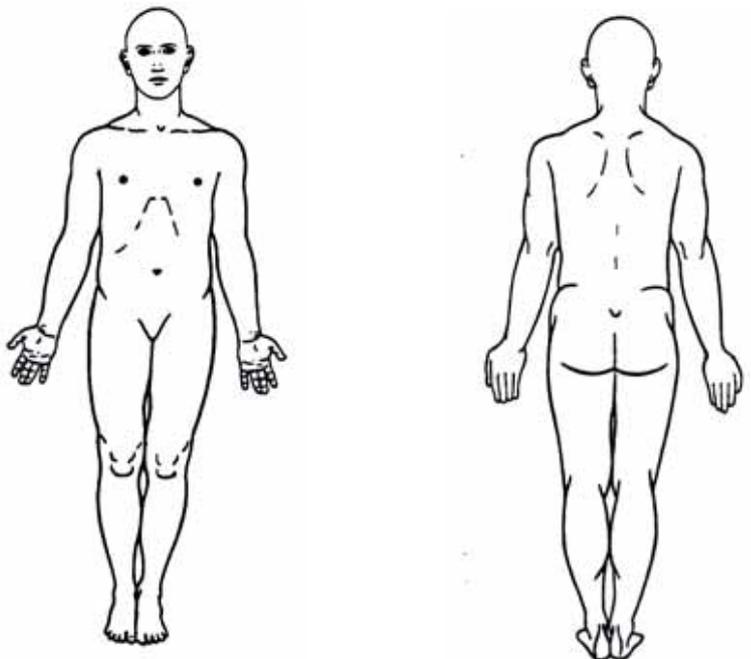
Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

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. Seit wann haben ca. Sie diese Schmerzen: ___ Tage oder ___ Wochen o. ___ Monate o. ___ Jahre

3. Schraffieren Sie in nachstehender Zeichnung die Gebiete, in denen Sie Schmerzen haben. Markieren Sie mit "X" die Stelle, die Sie am meisten schmerzt.



4. Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre **stärksten** Schmerzen in den letzten 7 Tagen 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 **geringsten** Schmerzen in den letzten 7 Tagen beschreibt:

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

6. Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre **durchschnittlichen** Schmerzen in den letzten 7 Tagen beschreibt:

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

7. 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



