

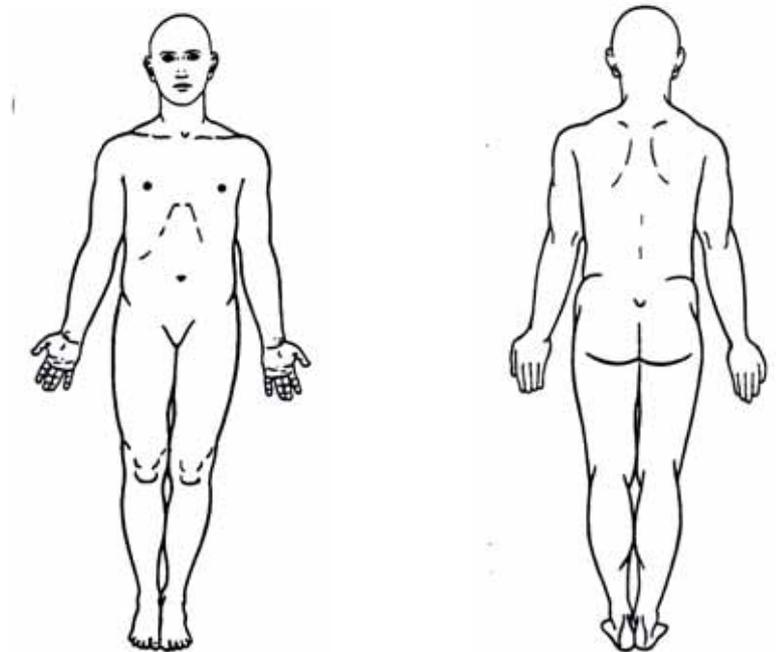


Schmerzfragebogen (Verlaufsbogen)

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. 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 7 Tagen 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 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 **durchschnittlichen** 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 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 haben Sie bisher bekommen?
 Medikamente Spritzen Physiotherapie/Krankengymnastik Massagen Reha Operationen
 Osteopathie/manuelle Therapie Erlernen eines eigenen Trainingsprogramms

8. Welche und wie viel Medikamente erhalten Sie gegen Ihre Schmerzen?
-

9. Bitte denken Sie an die vergangenen 24 Stunden. Wieviel Schmerzlinderung haben Sie durch 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 %
kein Schmerz							stärkste vorstellbare Schmerzen			

10. Wieviel Schmerzlinderung haben Sie durch letzte Behandlung 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 Besserung							stärkste vorstellbare Schmerzen			

Bitte kreisen Sie die Zahl ein, die angibt, wie stark Ihre Schmerzen Sie in den vergangenen 7 Tagen beeinträchtigt haben:

11. **Allgemeine Aktivität:**

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

12. **Stimmung:**

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

13. **Gehvermögen:**

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

14. **Normale Arbeit** (sowohl außerhalb des Hauses als auch Hausarbeit, Beruf), **Belastbarkeit:**

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

15. **Beziehung zu anderen Menschen:**

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

16. **Schlaf:**

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

17. **Lebensfreude:**

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