

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 um Ihre aktuelle Schmerz-Situation zu erfassen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Die
 Antworten dienen der Vorbereitung des heutigen therapeutischen Gespräches.
 Vielen Dank !

Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie die **Stärke** der **geführten Skalen**
 an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Schmerzstärke). Ein Wert von 0 bedeutet, Sie
 haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden an der stärksten vorstellbaren Schmerzstärke.
 Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen an.

Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

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

Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** an:

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

Geben Sie in der letzten Woche bitte Ihre **größte Schmerzstärke** an:

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

Geben Sie an, welche **Schmerzstärke** Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

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

Geben Sie an, in welchem Maße haben die Schmerzen Ihre **sozialen Aktivitäten** in der letzten Woche beeinträchtigt?

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

Geben Sie an, in welchem Maße haben die Schmerzen Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder
 Freundeskreis** in der letzten Woche beeinträchtigt?

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

In welchem Maße haben die Schmerzen Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) in der letzten
 Woche beeinträchtigt?

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



Die folgenden Fragen beziehen sich auf die **letzte Woche**:

A-1. Wie war Ihr **allgemeines Wohlbefinden**? Ordnen Sie Ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechten Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen Sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.

sehr schlecht -100 sehr gut +100

A-2. War Ihre nächtliche **Schlafdauer** ...ausreichend? ...nicht ausreichend?

A-3. Hatten Sie **Dauerschmerzen**:
 ja nein

Wurde durch Ihre Schmerzen Ihre **Tätigkeiten und Bedürfnisse eingeschränkt**?
 ja nein wenig deutlich stark fast völlig

Wurden Sie durch Schmerzen **Stresserträgt**?
 ja nein wenig deutlich stark sehr stark

Wurde das **Schmerzmittel Schmerzen lindernd beeinflussen** zu können?
 ja nein ein wenig deutlich stark sehr stark

Haben Sie **Sonstige Beschwerden**? (Mehrfachnennungen möglich)

Kopfschmerzen <input type="radio"/>	Niedergeschlagenheit <input type="radio"/>	Lustlosigkeit <input type="radio"/>
Müdigkeit <input type="radio"/>	Appetitlosigkeit <input type="radio"/>	Schwindel <input type="radio"/>
Übelkeit <input type="radio"/>	Schlafstörungen <input type="radio"/>	Verstopfung <input type="radio"/>
Magenbeschwerden <input type="radio"/>	Schwitzen <input type="radio"/>	
Konzentrationsstörung <input type="radio"/>		

Andere _____