



11. Geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie bitte **auf den unten aufgeführten Skalen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation).

Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

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

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

b) Geben Sie jetzt bitte Ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:

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

c) Geben Sie jetzt bitte Ihre größte Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:

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

d) Geben Sie jetzt an, welche Schmerzstärke für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich wäre:

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

12. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der letzten 3 Monate. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die Auswirkungen der Schmerzen erfahren.

a) An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa Tagen

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren Alltag beeinträchtigt (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.)?

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

c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis beeinträchtigt?

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

d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, einschließlich Hausarbeit?

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