

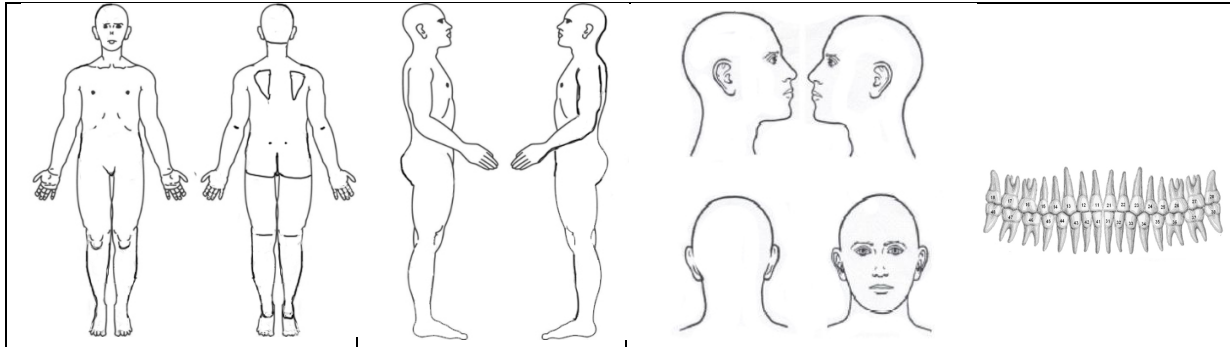
# Patientenfragebogen Schmerz

Name, Vorname:

Datum:



Bitte kreuzen Sie den Ort Ihrer Schmerzen an.



Seit wann bestehen diese Schmerzen?

<input type="radio"/> Weniger als 1 Monat	<input type="radio"/> ½ Jahr bis 1 Jahr	<input type="radio"/> 2 bis 5 Jahre
<input type="radio"/> 1 Monat bis ½ Jahr	<input type="radio"/> 1 bis 2 Jahren	<input type="radio"/> Mehr als 5 Jahre

Auf welche Ursachen führen sie ihre Schmerzen zurück?

.....

Momentare Schmerzstärke? (0=kein Schmerz, 10= stärkster vorstellbarer Schmerz)

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Durchschnittsstärke der Schmerzen innerhalb der letzten 4 Wochen? (0=kein Schmerz, 10= stärkster vorstellbarer Schmerz)

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Größte Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen? (0=kein Schmerz, 10= stärkster vorstellbarer Schmerz)

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Wie fühlen sich die Schmerzen an?

<input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> heiß
<input type="radio"/> ausstrahlend	<input type="radio"/> brennend
<input type="radio"/> pochend	<input type="radio"/> dumpf
<input type="radio"/> klopfend	<input type="radio"/> scharf
<input type="radio"/> stechend	<input type="radio"/> beklemmend
<input type="radio"/> ziehend	<input type="radio"/> lähmend

In welchen Maßen beeinträchtigen die Schmerzen Ihren Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.)? ( 0= keine Beeinträchtigung, 10= völlige Beeinträchtigung)

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Haben sie Begleitbeschwerden? Wenn ja, kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.

<input type="radio"/> Appetitmangel	<input type="radio"/> Verstopfung
<input type="radio"/> Müdigkeit	<input type="radio"/> Durchfall
<input type="radio"/> Gewichtsabnahme	<input type="radio"/> Sodbrennen
<input type="radio"/> Fieber	<input type="radio"/> Vermehrter Durst
<input type="radio"/> Nachtschweiß	<input type="radio"/> Schlafstörungen
<input type="radio"/> Erbrechen	<input type="radio"/> Andere