

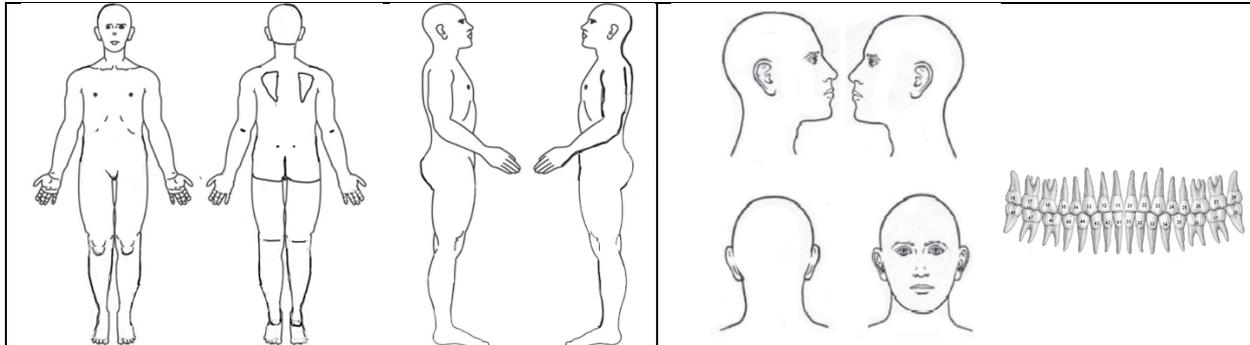
Patientenfragebogen Schmerz

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?

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	<input type="radio"/>

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.

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	<input type="radio"/>