

1. Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre stärksten Schmerzen in den letzten 24 Stunden beschreibt:

kein Schmerz

stärkste vorstellbare
Schmerzen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre geringsten Schmerzen, in den letzten 24 Stunden beschreibt:

kein Schmerz

stärkste vorstellbare
Schmerzen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre durchschnittlichen Schmerzen in den letzten 24 Stunden beschreibt:

kein Schmerz

stärkste vorstellbare
Schmerzen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Kreisen Sie die Zahl ein, die aussagt, welche Schmerzen Sie in diesem Moment haben:

kein Schmerz

stärkste vorstellbare
Schmerzen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Bitte denken Sie an die vergangene Woche. Wie viel Schmerzlinderung haben Sie durch Behandlungen und/oder Medikamente erfahren? Bitte kreisen Sie die Prozentzahl ein, die am besten die Schmerzlinderung zeigt:

keine Linderung

vollständige
Linderung

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

6. Bitte kreisen Sie die Zahl ein, die angibt, wie stark Ihre Schmerzen Sie in der vergangenen Woche beeinträchtigt haben:

A. Allgemeine Aktivität
keine Beeinträchtigung

vollständige
Beeinträchtigung

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

B. Stimmung
keine Beeinträchtigung

vollständige
Beeinträchtigung

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

C. Gehvermögen
keine Beeinträchtigung

vollständige
Beeinträchtigung

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

D. Normale Arbeit (sowohl außerhalb des Hauses als auch Hausarbeit)
keine Beeinträchtigung

vollständige
Beeinträchtigung

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

E. Beziehung zu anderen Menschen
keine Beeinträchtigung

vollständige
Beeinträchtigung

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

F. Schlaf
keine Beeinträchtigung vollständige
Beeinträchtigung

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

G. Lebensfreude
keine Beeinträchtigung vollständige
Beeinträchtigung

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. In der letzten Woche hatten Sie Probleme mit:

Stuhlgang
Verstopfung
gar nicht sehr stark

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Durchfall
gar nicht sehr stark

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Übelkeit
gar nicht sehr stark

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Schwitzen
gar nicht sehr stark

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Schwindel
gar nicht sehr stark

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sonstiges (bitte eintragen) _____
gar nicht sehr stark

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Gesundheitszustand
Wir möchten Sie bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr derzeitiger Gesundheitszustand heute ist.

schlechtester denkbarer Gesundheitszustand	best denkbarer Gesundheitszustand
0 -----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100	