

Schmerzfragebogen

Bitte füllen Sie diesen Schmerzfragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt aus.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name/Vorname

Geburtsdatum

Wohnhaft in

1. Wie stark ist Ihr Schmerz auf einer Skala von 1 bis 10 (1 gering, 10 sehr stark)?

2. Wie stark beeinträchtigen die Schmerzen in den letzten Wochen Ihr Leben?

- Überhaupt nicht Ein wenig Mäßig
 Ziemlich stark Sehr stark

3. Wie viele Stunden am Tag sind die Schmerzen richtig schlimm?

- 1-3 Std 4-8 Std. ständig

4. Beeinträchtigen die Schmerzen Ihre Alltagsaktivitäten (z. B. Einkaufen, Hausarbeit)?

- Ja Nein

5. Haben Sie Schmerzen in der Nacht?

- Ja Nein

6. Beeinträchtigen die Schmerzen Ihren Schlaf?

- Ja Nein