

## 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