



Verlaufs-Fragebogen

Name, Vorname:

**Wie häufig hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen?
 (bitte Zutreffendes ankreuzen)**

0- 4 mal 5-9 mal 10 oder mehr Dauerschmerzen

**Wie lange dauerten die Schmerzen jeweils?
 (bitte Zutreffendes in Zahlen angeben)**

_____ Minuten _____ Stunden _____ Tage

Wie stark waren in den letzten 2 Wochen Ihre Schmerzen?

(bitte auf der Linie 3 Kreuze für die 1. stärksten 2. schwächsten 3. aktuellen Schmerzen machen !!)

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

**Gibt es bestimmte Zeiten oder Situationen, wo Ihre Schmerzen immer besonders stark sind?
 (bitte Zutreffendes ankreuzen)**

morgens vor/ nach dem Aufstehen bei Aufregung
 bei körperlicher Anstrengung in körperlicher Ruhe
 am Tage in der Nacht

Allgemeines Wohlbefinden:

Trotz der Schmerzen würde ich sagen:

Die Skalenwerte bedeuten 1=trifft gar nicht zu, bis 6= trifft völlig zu

	gar nicht		etwas		völlig	
Ich habe meine täglichen Anforderungen im Griff gehabt	1	2	3	4	5	6
Ich bin innerlich erfüllt gewesen	1	2	3	4	5	6
Ich habe mich behaglich gefühlt	1	2	3	4	5	6
Ich habe mein Leben genießen können	1	2	3	4	5	6
Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen	1	2	3	4	5	6
Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden	1	2	3	4	5	6
Ich habe mich richtig freuen können	1	2	3	4	5	6

Im Folgenden sind verschiedene Lebensbereiche angesprochen. Bitte kreuzen Sie jeweils an, wie stark Sie von Ihren Schmerzen in diesen Lebensbereichen beeinträchtigt werden.

1. Häusliche und familiäre Aktivitäten

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung						völlige Beeinträchtigung				

2. Freizeit/ Erholung

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung						völlige Beeinträchtigung				

3. Soziale Unternehmungen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung						völlige Beeinträchtigung				

4. Haus- und Berufsarbeit

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung						völlige Beeinträchtigung				

5. Selbständigkeit in Körperpflege und Alltagsverrichtungen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung						völlige Beeinträchtigung				

Die nachfolgenden Aussagen beschreiben Ihre Schmerzempfindungen genauer. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit die vorgegebene Empfindung auf Ihre Schmerzen zutrifft.

Beurteilen Sie Ihre Schmerzen so, wie sie in der letzten Zeit typisch gewesen sind. Bitte machen Sie zu **jedem Wort ein Kreuz** und lassen bei der Beantwortung **keine Aussage aus**.

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
lähmend					pulsierend				
entmutigend					ziehend				
furchtbar					drückend				
unbarmherzig					dumpf				
entnervend					durchstoßend				
schwer					heiß				
scheußlich					hämmernd				
zermürend					stechend				
elend					glühend				
mörderisch					pochend				
heftig					reißend				
erschöpfend					brennend				
grausam					klopfend				
quälend					scheidend				

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht/entsprochen hat.

Während der letzten Woche.....	selten oder nie	manchmal	öfters	meistens
-haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen				
-hatte ich kaum Appetit				
-fühlte ich mich einsam, sogar wenn ich mit Menschen zusammen war				
-fühlte ich mich innerlich angespannt und verkrampft				
-hatte ich Mühe mich zu konzentrieren				
-war ich deprimiert/ niedergeschlagen				
-war alles anstrengend für mich				
-dachte ich oft an Selbstmord				
-dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag				
-hatte ich Angst				
-habe ich schlecht geschlafen				
-fühlte ich mich innerlich leer				
-habe ich weniger geredet als sonst				
-fühlte ich mich einsam				
-waren die Leute unfreundlich zu mir				
-sah ich ohne Hoffnung in die Zukunft				
-musste ich weinen				
-war ich traurig				
-hatte ich das Gefühl, dass die Leute mich nicht leiden können				
-konnte ich mich zu nichts aufraffen				

Die Medikamente haben sich geändert. nein ja

Ich habe einen aktuellen Medikamentenplan mit allen Medikamenten, die ich zur Zeit einnehme, von der Schmerztherapie erhalten. nein ja

Datum: _____ Unterschrift: _____