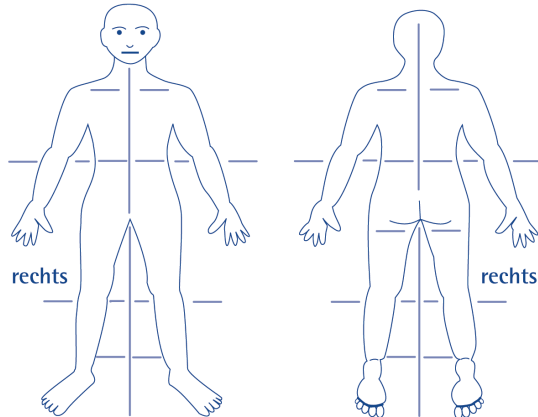


Schmerzfragebogen

Name, Vorname _____

Datum _____ Woche vom _____

1. Bitte zeichnen Sie in der Skizze ein, wo Sie Schmerzen haben.



2. Bitte tragen Sie ein, wie oft Sie Schmerzen haben.

- täglich einmal pro Woche andauernd
 mehrmals pro Woche einmal pro Monat anfallsweise

3. Bitte beschreiben Sie die Schmerzempfindung.

- stechend reißend pochend scharf klopfend
 schneidend pulsierend ziehend brennend ausstrahlend

Persönliche Bemerkungen:

4. Bitte tragen Sie täglich die Zahl ein, die Ihre Schmerzen am besten beschreibt.

| Tag | Montag | | | Dienstag | | | Mittwoch | | | Donnerstag | | | Freitag | | | Samstag | | | Sonntag | | |
|----------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|
| Datum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uhrzeit | 7 ⁰⁰ | 13 ⁰⁰ | 20 ⁰⁰ | 7 ⁰⁰ | 13 ⁰⁰ | 20 ⁰⁰ | 7 ⁰⁰ | 13 ⁰⁰ | 20 ⁰⁰ | 7 ⁰⁰ | 13 ⁰⁰ | 20 ⁰⁰ | 7 ⁰⁰ | 13 ⁰⁰ | 20 ⁰⁰ | 7 ⁰⁰ | 13 ⁰⁰ | 20 ⁰⁰ | 7 ⁰⁰ | 13 ⁰⁰ | 20 ⁰⁰ |
| sehr starker Schmerz | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| ⊖ | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| ⊕ | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| ⊕ | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| ⊕ | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| kein Schmerz | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

5. Bitte wählen Sie ein Symbol, das Ihr Allgemeinbefinden beschreibt.

| Tag | Montag | | | Dienstag | | | Mittwoch | | | Donnerstag | | | Freitag | | | Samstag | | | Sonntag | | |
|-----------|--------|---|---|----------|---|---|----------|---|---|------------|---|---|---------|---|---|---------|---|---|---------|---|---|
| Schlaf | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 |
| Stuhlgang | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 |
| Appetit | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 |
| Übelkeit | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 |
| Stimmung | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 | ⊖ | ⊕ | 😊 |

😊 gut ⊕ mäßig ⊖ schlecht

6. Bitte tragen Sie Ihre Medikamente ein.

| Datum | Medikament | Früh | Mittag | Abend | Nacht |
|-------|------------|------|--------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |