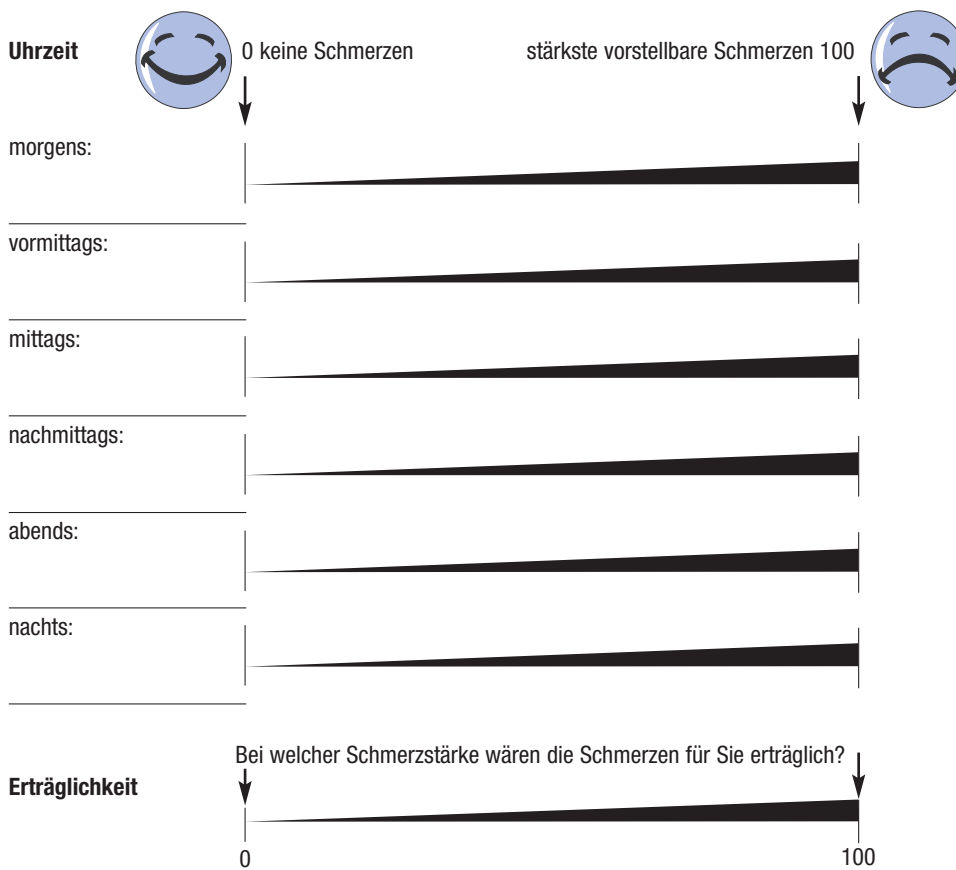


A. Skalen für die Schmerzstärke

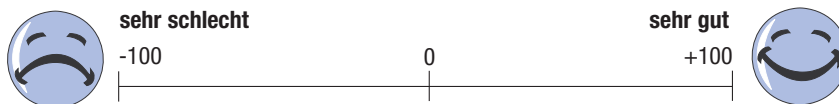


B. Schmerzbehandlung

(Medikamente, Massagen, Ablenkungen, was tun Sie gerade?..)

Tagesablauf (am Abend ausfüllen)

Wie war heute Ihr allgemeines Wohlbefinden?



War Ihre nächtliche Schlafdauer

- ausreichend nicht ausreichend

Hatten Sie Dauerschmerzen?

- nein ja

Wurden Sie heute durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt?

- nein ein wenig deutlich stark fast völlig

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung heute beeinträchtigt?

- nein ein wenig deutlich stark sehr stark

Hatten Sie heute das Gefühl, die Schmerzen lindernd beeinflussen zu können?

- nein ein wenig deutlich stark sehr stark

Sonstige Beschwerden

- keine Müdigkeit Niedergeschlagenheit Übelkeit Appetitlosigkeit
 Lustlosigkeit Magenbeschwerden Schlafstörungen Andere

Besondere schmerzbezogene Ereignisse und andere Beschwerden: _____