

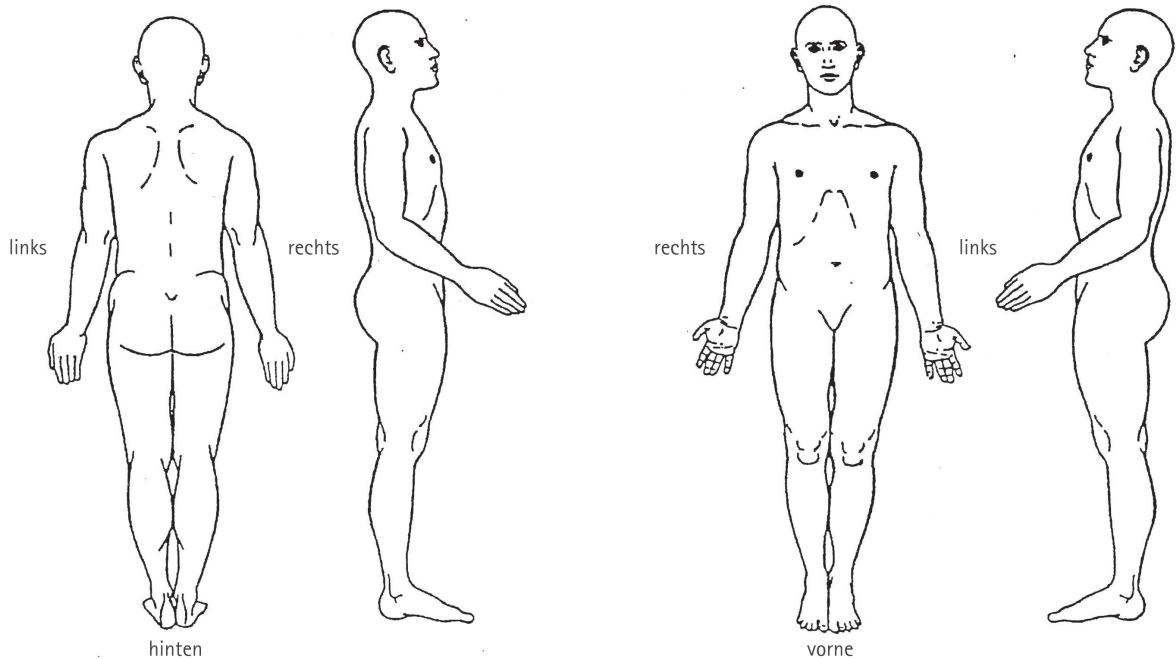
Datum:	Zeit:
Name:	

1 Die meisten von uns haben von Zeit zu Zeit Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, bei Verstauchung). Hatten Sie in der letzten Wochen oder heute andere als diese sog. Alltagsschmerzen?

Letzte Woche: ja nein

Heute: ja nein

2 Schraffieren Sie bitte in der nachstehenden Zeichnung die Gebiete, in denen Sie Schmerzen haben. Markieren Sie mit X die Stelle, die Sie am meisten schmerzt.



3 Kreisen Sie bitte die Zahl ein, die Ihre **stärksten** Schmerzen während der letzten 24 Stunden am besten beschreibt.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Schmerzen					stärkste vorstellbare Schmerzen					

4 Kreisen Sie bitte die Zahl ein, die Ihre **geringsten** Schmerzen während der letzten 24 Stunden am besten beschreibt.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Schmerzen					stärkste vorstellbare Schmerzen					

5 Kreisen Sie bitte die Zahl ein, die Ihre **durchschnittlichen** Schmerzen am besten beschreibt.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Schmerzen					stärkste vorstellbare Schmerzen					

6	Kreisen Sie bitte die Zahl ein, die Ihre jetzigen Schmerzen am besten beschreibt.										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Schmerzen					stärkste vorstellbare Schmerzen					

7	Welche Behandlungen oder Medikamente erhalten Sie gegen Ihre Schmerzen?										

8	Wieviel Schmerzerleichterung hat die Behandlung oder die Medikation in den letzten 24 Stunden gebracht? Kreisen Sie bitte die Prozentzahl an, die die Besserung am besten beschreibt.										
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
	keine Besserung					Schmerzfreiheit					

9	Kreisen Sie bitte die Zahl an, die am Besten beschreibt, inwieweit die Schmerzen Sie während der vergangenen 24 Stunden beeinträchtigt haben.										

Allgemeine Aktivitäten											
A	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Schmerzen					stärkste vorstellbare Schmerzen					

Stimmung											
B	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Schmerzen					stärkste vorstellbare Schmerzen					

Gehvermögen											
C	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Schmerzen					stärkste vorstellbare Schmerzen					

Normale tägliche Arbeit (sowohl auf der Arbeitsstelle als im Haushalt), Belastbarkeit											
D	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Schmerzen					stärkste vorstellbare Schmerzen					

Beziehung zu anderen Menschen											
E	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Schmerzen					stärkste vorstellbare Schmerzen					

Schlaf											
F	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Schmerzen					stärkste vorstellbare Schmerzen					

Lebensfreude											
G	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Schmerzen					stärkste vorstellbare Schmerzen					

Schmerzambulanz AltenEichen

Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Christine Dellbrügge • Dr. med. Karin Oltmann • Fr. Ana-Lavinia Mahler • Dr. med. Karine Freudenblum
Hohe Weide 17b • 20259 Hamburg • Tel: 040 - 540 40 60 • praxisteam@schmerzambulanz-alteneichen.de

www.schmerzambulanz-alteneichen.de