

Bitte füllen Sie diesen **Tagesfragebogen** vollständig aus. Alle Fragen beziehen sich auf Ihre **aktuelle Situation**.
Falls Sie Medikamente einnehmen, geben Sie bitte die Schmerzstärke unter dieser Medikation an.

Name: _____ Datum: _____

Wie häufig treten Ihre Hauptschmerzen **zur Zeit** auf? (Bitte nur **eine** Angabe machen)

- (0) Ich bin überwiegend schmerzfrei (2) Schmerzen an mehr als 15 Tagen im Monat
(1) habe Schmerzen an weniger als 15 Tagen im Monat (3) meine Schmerzen sind täglich vorhanden

Haben Sie **attacken-** oder **anfallartige** Schmerzen?

- (0) nein (1) ja -> wie viele Attacken/Schmerzspitzen hatten Sie gestern? Anzahl: _____

Wie stark sind Ihre Hauptschmerzen **jetzt**? (Bitte **eine** Zahl ankreuzen)

- (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine Schmerzen stärkster vorstellbarer Schmerz

Wie stark sind Ihre Hauptschmerzen im **Durchschnitt**? (Bitte **eine** Zahl ankreuzen)

- (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine Schmerzen stärkster vorstellbarer Schmerz

Wie stark war Ihr **stärkster** Schmerz in der vergangenen Woche bzw. seit dem letzten Termin?

- (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine Schmerzen stärkster vorstellbarer Schmerz

Wie gut können Sie Ihre Schmerzen **ertragen**? (Bitte nur **eine** Zahl ankreuzen)

- (1) Entfällt, ich habe keine Schmerzen (3) Ich kann meine Schmerzen nicht gut ertragen
(2) Ich kann meine Schmerzen recht gut ertragen (4) Ich kann meine Schmerzen sehr schlecht ertragen

Wie stark sind Sie durch Ihre Schmerzen bei Ihren **täglichen Aktivitäten** beeinträchtigt, z.B. im Beruf, bei der Hausarbeit, in der Freizeit? (Bitte **eine** Zahl ankreuzen)

- (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine Beeinträchtigung maximale Beeinträchtigung

Wie erleben Sie Ihr **seelisches** Befinden zur Zeit? (Bitte **eine** Zahl ankreuzen)

- (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
ausgesprochen gut maximal schlecht

Wie erleben Sie Ihr **körperliches** Befinden zur Zeit? (Bitte **eine** Zahl ankreuzen)

- (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
ausgesprochen gut maximal schlecht

Leiden Sie zur Zeit unter **weiteren Beschwerden**?

(Bitte **jeweils eine** Zahl zwischen (0) = keine Beschwerden und (10) = maximal starke Beschwerden ankreuzen)

- unter: Übelkeit (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Erbrechen (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Appetitlosigkeit (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Verstopfung (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Durst (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Mundtrockenheit (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Müdigkeit (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Luftnot (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Schwindel (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Schwitzen (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Angstgefühlen (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Unruhe (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Schwäche (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Konzentrationsstörungen (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Schlafstörungen (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Sonstiges (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
_____ (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)