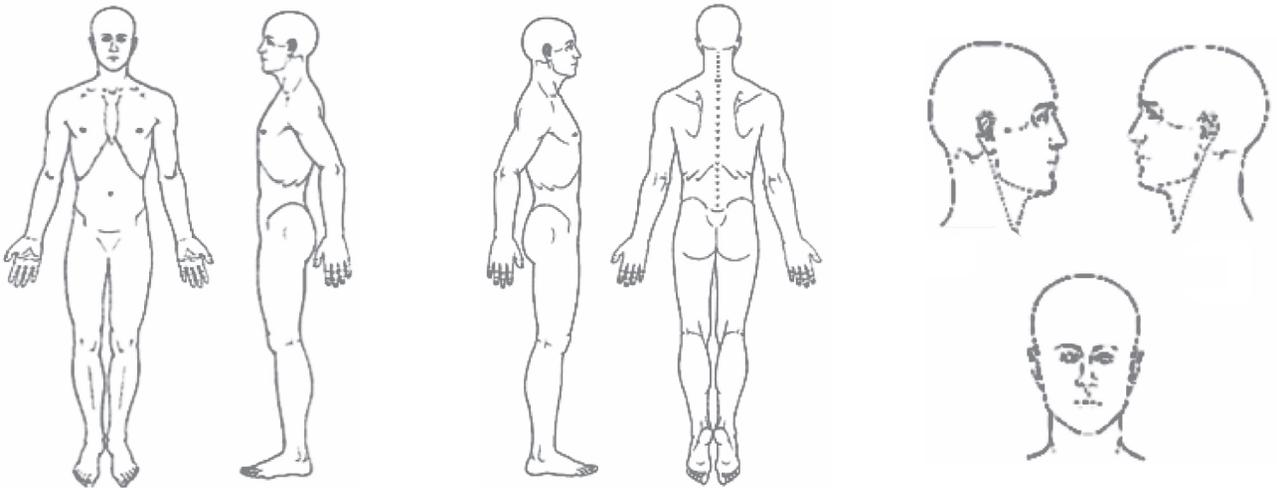




## Schmerzfragebogen

Wo treten Schmerzen auf? Bitte markieren Sie genau den Schmerzort oder schraffieren Sie die Fläche der Schmerzausstrahlung.



Schmerzskala für den Hauptschmerz

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]  
Schwach mittel sehr stark (stärkster vorstellbarer Schmerz)

Seit wann haben Sie Schmerzen? \_\_\_\_\_

Gab es ein auslösendes Ereignis? \_\_\_\_\_

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener.

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit: \_\_\_\_\_ Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges: \_\_\_\_\_

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges: \_\_\_\_\_

Andere Symptome zum Schmerz: Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung. Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bisherige Schmerzbehandlung: \_\_\_\_\_

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)