Schmerz Tagesprotokoll

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)
© www.dgss.org

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre aktuelle Schmerz-Situation zu erfassen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Die Antworten dienen der Vorbereitung des heutigen therapeutischen Gespräches.

Vielen Dank !

Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie **in den unten aufgeführten Skalen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation). Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten Woche an:

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten Woche an:

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

In den folgenden Fragen geht es um die **Auswirkungen** Ihrer Schmerzen in der letzten Woche.

In welchem Maße haben die Schmerzen Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) in der letzten Woche beeinträchtigt?

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

In welchem Maße haben die Schmerzen Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** in der letzten Woche beeinträchtigt?

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

In welchem Maße haben die Schmerzen Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) in der letzten Woche beeinträchtigt?

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung