

## Schmerz Tagesprotokoll

© [www.dgss.org](http://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 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

An wie vielen Tagen in den letzten 3 Monaten hatten Sie diese Beeinträchtigungen? \_\_\_\_\_ Tage



