

Name, Geb.-Datum: _____

1. Haben sich Ihre Schmerzen im Laufe der Therapie verändert?

gleichbleibend schwächer geworden stärker geworden häufiger geworden

2. Wie oft treten Ihre Schmerzen zurzeit auf?

selten dauernd anfallsartig täglich etwa 1X pro Woche etwa 1X im Monat

3. Wie stark werden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihrem normalen Tagesablauf eingeschränkt?

überhaupt nicht wenig deutlich stark völlig

4. In welchen Tätigkeiten bzw. Bedürfnissen werden Sie in Ihrem normalen Tagesablauf eingeschränkt?

Beruf / Haushalt Schlaf geistige Tätigkeiten
 Ich kann nicht einschlafen Lustlos / Antrieb Ich kann nicht durchschlafen
 körperliche Unternehmungen Ich schlafe gut Appetit Sexualität

5. Wie beeinflussen die Schmerzen Ihre Stimmung?

meine Stimmung ist normal meine Stimmung ist gedrückt
 die Schmerzen machen mich aggressiv ich fühle mich niedergeschlagen und antriebslos

6. Wie intensiv waren Ihre stärksten Schmerzen in den letzten Tagen? (bitte kreuzen Sie an)

Keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerzen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte schätzen Sie Ihr derzeitiges allgemeines Wohlbefinden ein. Wie haben Sie sich in den letzten 14 Tagen meistens gefühlt. Kreuzen Sie an: 0 trifft gar nicht zu; 5 trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

Trotz der Schmerzen würde ich sagen:

1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	0	1	2	3	4	5
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	0	1	2	3	4	5
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	0	1	2	3	4	5
4. Ich habe mein Leben genießen können.	0	1	2	3	4	5
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	0	1	2	3	4	5
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	0	1	2	3	4	5
7. Ich habe mich freuen können.	0	1	2	3	4	5

©; Herda, Scharfenstein u. Basler 1998

Weinheim den, _____

Unterschrift: _____