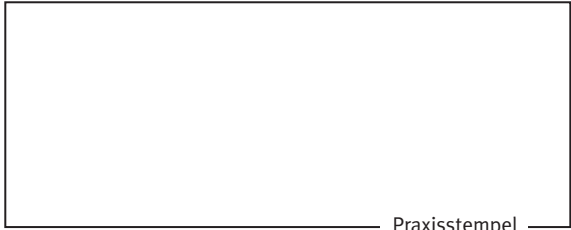


Verlaufsbogen

ID - Nummer:



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

- sie sind gleich geblieben
- sie sind schwächer geworden
- sie sind stärker geworden
- sie sind häufiger geworden

2. Wie oft treten Ihre Schmerzen zur Zeit auf?

- dauernd
- anfallsartig
- täglich
- etwa 1 mal pro Woche
- etwa 1 Mal pro Monat
- selten

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 durch Ihre Schmerzen eingeschränkt?

- berufliche / hausfrauliche Tätigkeiten
- sonstige geistigen Tätigkeiten
- Lebenslust / Antrieb
- sonstige körperliche Unternehmungen
- Appetit
- Schlaf
- ich kann nicht einschlafen
- ich kann nicht durchschlafen
- ich schlafe gut
- 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
- ich fühle mich hilflos und ausgeliefert

6. Wie intensiv waren Ihre stärksten Schmerzen in den letzten Tagen?

Machen sie bitte ein Kreuz an der Stelle der Skala, die der Stärke Ihrer Schmerzen in dieser Situation entspricht.

keine Schmerzen

stärkste vorstellbare Schmerzen

