

Pain-Check

Schmerzen müssen nicht sein

Werden Sie aktiv!
Deutsche Schmerzliga e.V.

Tel.: 0700 375 375 375 · www.schmerzliga.de



Sie brauchen nur ein paar Minuten Zeit, um den Fragebogen auszufüllen.
Die Ergebnisse sollten Sie mit Ihrem Arzt besprechen.

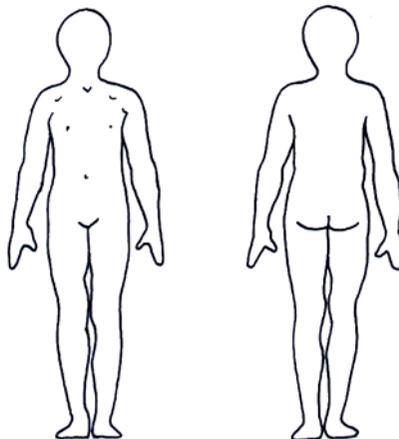
1. Wie oft haben Sie Schmerzen?

- täglich etwa einmal pro Woche etwa einmal pro Monat
 anfallsweise ab und zu andauernd

2. Seit wann haben Sie Schmerzen? _____

3. Welche Schmerzen haben Sie?

Bitte markieren Sie in den Skizzen mit einem Kreis die Stelle(n), wo Sie Schmerzen haben.



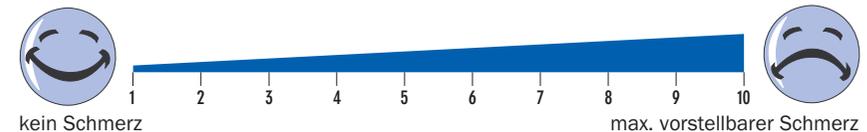
4. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente gegen die Schmerzen ein?

- ja nein Wenn ja, welche? _____

5. Beobachten Sie Nebenwirkungen, die Sie auf die Medikamente zurückführen?

- ja nein Wenn ja, welche? _____

6. Wie stark sind Ihre Schmerzen im Durchschnitt?



Bitte tragen Sie die Werte in die Felder ein.

	morgens	mittags	abends	nachts
Schmerzstärke				

7. Bei welchem Wert wären die Schmerzen für Sie erträglich? _____

8. Ein paar kurze Fragen zum Allgemeinbefinden.

Kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an:

- Befinden:** gut schlecht **Müdigkeit:** ja nein
Appetit: gut schlecht **Schlaf:** gut schlecht
Übelkeit: ja nein
Stuhlgang: normal Durchfall Verstopfung