

# Schmerzbogen

Wie stark ausgeprägt sind die Beschwerden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wie stark beeinflussen die Beschwerden Ihr Wohlempfinden oder Leistungsfähigkeit?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Qualität des Schmerzes: (z.B. dumpf, stechend) \_\_\_\_\_

Zeitpunkt des Schmerzes:  morgens  im Laufe des Tages  abends

bestimmter Anlass: welcher \_\_\_\_\_

Häufigkeit des Schmerzes:  täglich  1-2 mal/Woche  1-2 mal/Monat

seltener

Wann traten die Schmerzen das erste Mal auf? \_\_\_\_\_

Bitte tragen Sie mit roten Kreuzen die Stellen ein, die Ihnen Schmerzen bereiten.

