

Pain-CHECK

Chronische Schmerzen müssen nicht sein:
Werden Sie aktiv!

Sag, wo es Dir wehtut!

Sie brauchen nur ein paar Minuten Zeit, um den Fragebogen auszufüllen.
Die Ergebnisse sollten mit Ihrem Arzt besprechen. Er kann beurteilen, was
in Ihrem Fall zu tun ist.

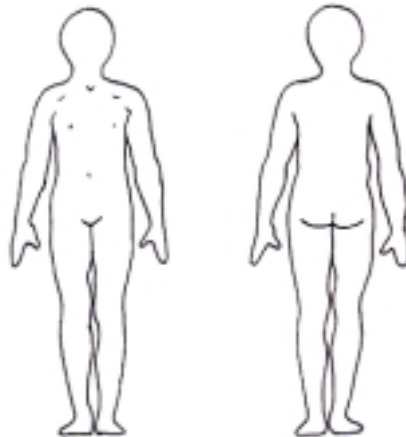
1. Wie oft haben Sie Schmerzen?

Bitte kreuzen Sie den entsprechenden Zeitraum an.

- mehrere Tage im Monat
- mehrere Tage in der Woche
- fast täglich

2. Seit wann haben Sie Schmerzen?

3. Bitte markieren Sie in der Skizze
mit einem Kreis die Stelle, wo Sie
Schmerzen haben.

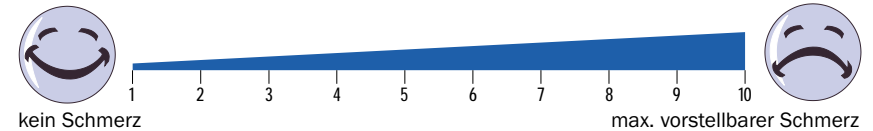


4. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente gegen die Schmerzen ein?

- ja
- nein

Wenn ja, welche?

5. Wie stark sind Ihre Schmerzen im Durchschnitt?



Bitte tragen Sie die Werte in die Felder ein.

	morgens	mittags	abends	nachts
Schmerzstärke				

6. Ein paar kurze Fragen zum Allgemeinbefinden.

Kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an:

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