

# Schmerz-Test

## Schmerz-Test

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

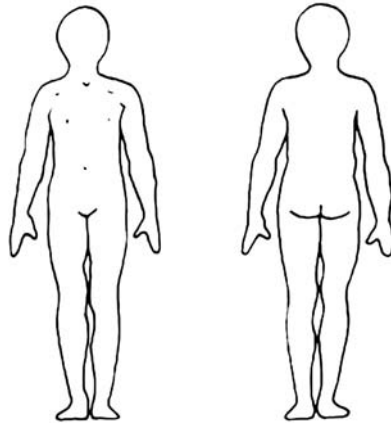
### 1. Wie oft haben Sie Schmerzen?

- 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? \_\_\_\_\_

**Werden Sie aktiv!**

Deutsche Schmerzliga e.V.

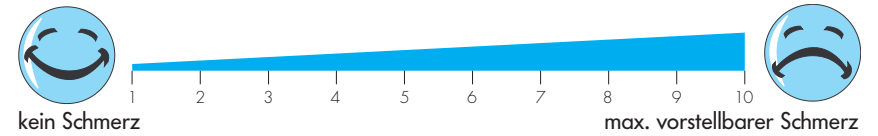
Tel. 0700 375 375 375

www.schmerzliga.de



# Schmerz-Test

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



„Vale - Schmerz leb wohl!“