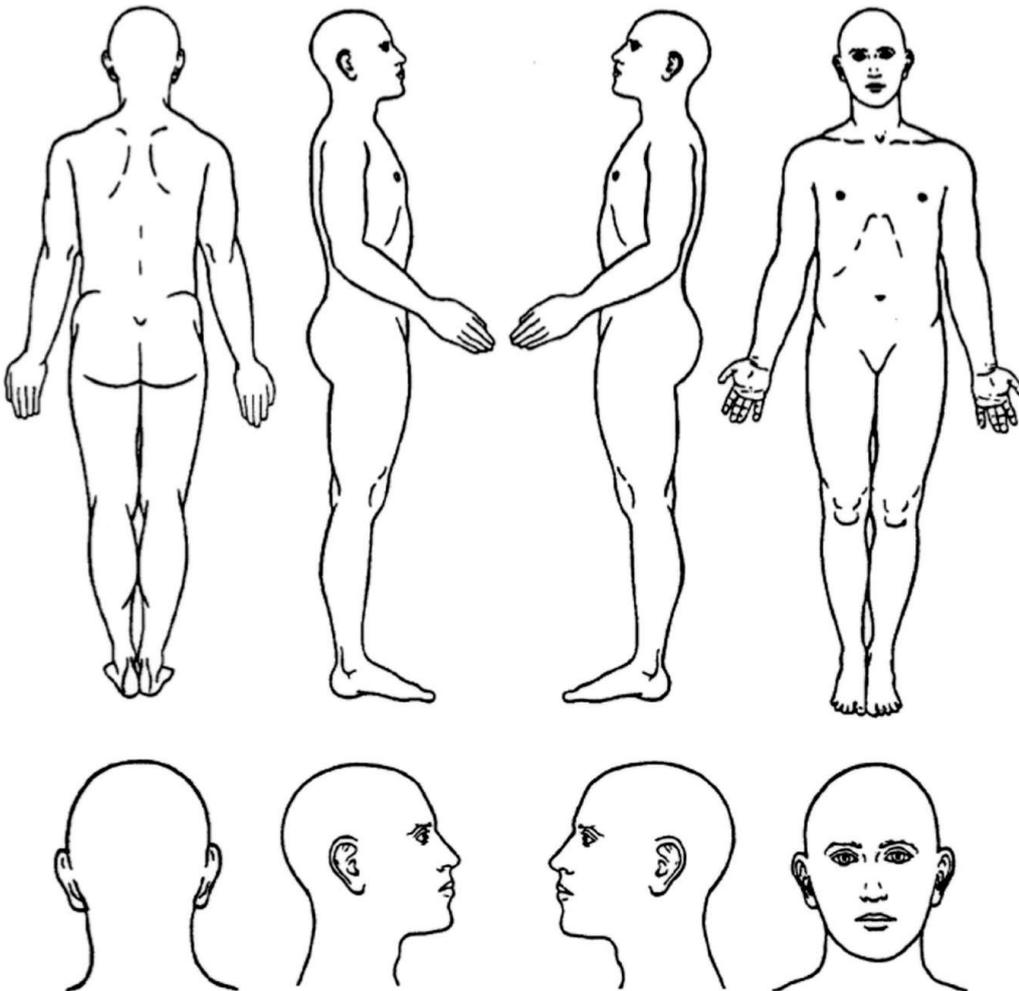


Name und Geburtsdatum

## Schmerzfragebogen

### Schmerzskizze

Bitte zeichnen Sie mit einem farbigen Markerstift flächig **alle derzeitigen** Schmerzorte an.  
Wenn Sie besondere Schmerzpunkte haben, markieren Sie diese mit einem Punkt mit einem Kugelschreiber.



Haben Sie wirklich ALLE Schmerzorte eingezeichnet?

**Schmerzbeschreibung (bitte die passenden Wörter ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)**

a) Die Schmerzen werden empfunden als:

*stechend, drückend, ziehend, pochend, blitzartig, scharf, heiss, schneidend, kribbelnd, zermürbend*

oder in Ihren Worten: \_\_\_\_\_

b) Die Schmerzen wirken auf mich:

*beängstigend, gefährlich, bedrohlich, grausam, nervig, belastend*

oder in Ihren Worten: \_\_\_\_\_

**Begleiterscheinungen, die Ihnen aufgefallen sind:**

**Magen/Darm:** *Übelkeit, Verstopfung, Erbrechen*

**Nervensystem:** *Benommenheit, Schläfrigkeit, Halluzinationen, Kopfschmerzen*

**psychosoziale Folgen:** *Angst, Soziale Kontakte eingeschränkt, depressive Neigungen, Isolation*

*weitere:*

**weitere Beeinträchtigungen durch die Schmerzen:**

*allg. Aktivität, Freizeitgestaltung, Sexualität, Berufsausübung, Haushalt, Hobbies, Partnerschaft*

**Was ist aus Ihrer Sicht die Ursache für diese Schmerzen?**

---

---

---

---

---

---

**Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zur Sprechstunde mit. Vielen Dank!**