



Wie lange haben sie die Schmerzen? _____ Wochen / Monate / Jahre
Gibt / gab es Phasen ohne Schmerzen? Wenn ja, wann und wie lange haben diese angehalten?

An wie vielen Tagen pro Monat leiden Sie durchschnittlich an den Schmerzen ? _____Tage

An wie viel Tagen im Monat nehmen Sie Schmerzmittel ein?

Anzahl der Tage pro Monat: _____Tage. Schmerzmittel: _____

Dauer der Schmerzen: Sekunden Minuten: _____ Stunden: _____ Tage

Schmerzcharakter:

stechend drückend ziehend brennend dumpf pochend

Wie stark / intensiv sind die Schmerzen (auf einer Skala von 0 bis 10)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

kein Schmerz

stärkster Schmerz

Gibt es Auslöser für die Schmerzen?

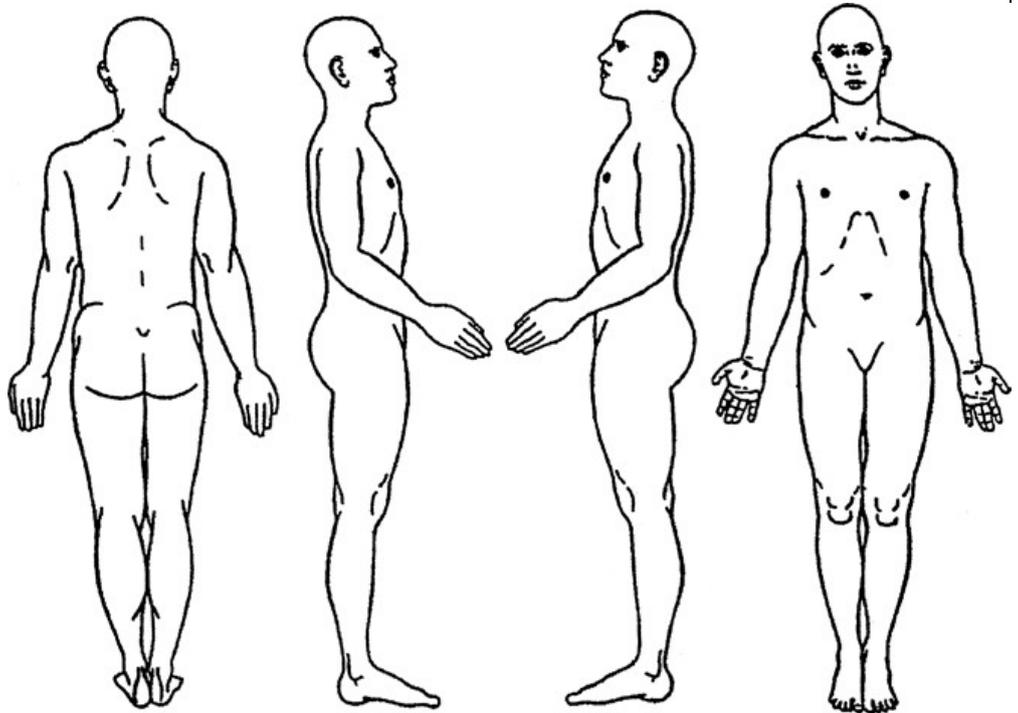
keine Stress / Belastung Hitze / Kälte Druck von außen

bestimmte Bewegungen oder Haltungen: _____

Sport / körperliche Aktivität Husten oder Pressen

Wo sind die Schmerzen?

(zeichnen Sie die Bereiche / Regionen bitte ein).



Welche Schmerztherapie wurde bisher unternommen?