

Graduierung chronischer Schmerzen



Physiotherapie
Marcus Trocha
Zentrum für Manuelle Therapie,
Physiotherapie und Bewegungsanalyse

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Liebe Klientinnen und Klienten,

die folgenden Fragen sollen der Beurteilung und der Verlaufskontrolle Ihrer Beschwerden dienen. Bitte nehmen Sie sich die 2-3 min Zeit und beantworten die folgenden sieben Fragen.

Frage 1:

An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten drei Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen? _____ Tage

In den folgenden Fragen 2 bis 4 geht es um die **Stärke Ihrer Schmerzen**. Sie können die Angaben jeweils auf einer Skala von 0 - 10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben / hatten, der Wert 10 bedeutet, dass die Schmerzen nicht schlimmer sein könnten. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

Frage 2:

Wie würden Sie Ihre Schmerzen, wie sie *in diesem Augenblick* sind, einstufen?

keine 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster
Schmerzen vorstellbarer Schmerz

Frage 3:

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre **stärksten** Schmerzen einstufen?

keine 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster
Schmerzen vorstellbarer Schmerz

Frage 4:

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie die **durchschnittliche Stärke** der Schmerzen einstufen?

keine 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster
Schmerzen vorstellbarer Schmerz

Im folgenden (Fragen 5 bis 7) geht es um die **Beeinträchtigung von Aktivitäten** durch Schmerzen. Sie können Ihre Angaben jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet keine Beeinträchtigung, der Wert 10 bedeutet, dass Sie außerstande sind/waren, irgendetwas zu tun. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

Frage 5:

Inwieweit haben Ihre Schmerzen Sie in den letzten drei Monaten bei Ihren **alltäglichen Beschäftigungen** beeinträchtigt?

keine 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ich war außer-
Beeinträchtigung stande, irgendetwas zu tun

Frage 6:

Inwieweit haben in den letzten drei Monaten die Schmerzen Ihre Fähigkeit, an **Familien oder Freizeitaktivitäten** teilzunehmen, beeinträchtigt?

keine 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ich war außer-
Beeinträchtigung stande, irgendetwas zu tun

Frage 7:

Und inwieweit haben in den letzten drei Monaten die Schmerzen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre **Arbeit / Hausarbeit** zu verrichten?

keine 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ich war außer-
Beeinträchtigung stande, irgendetwas zu tun

Marcus Trocha

PT, M.Sc. (PT), OMT
Collenbuschstraße 16
101324 Dresden

Postbank Leipzig
BLZ 860 100 90
Kto. 931 981 909

Tel. 0351 208 68 12
Mob. 0176 241 83 317

Vielen Dank für Ihre Zeit.

praxis@physiotherapie-trocha.de
www.physiotherapie-trocha.de

IK 441460203
StNr. 202/282/09067