

Patienten-Initialen	<input type="text"/>	Pat.Nr.					
Name	<input type="text"/>						
Datum	<input type="text"/>						

BRIEF PAIN INVENTORY

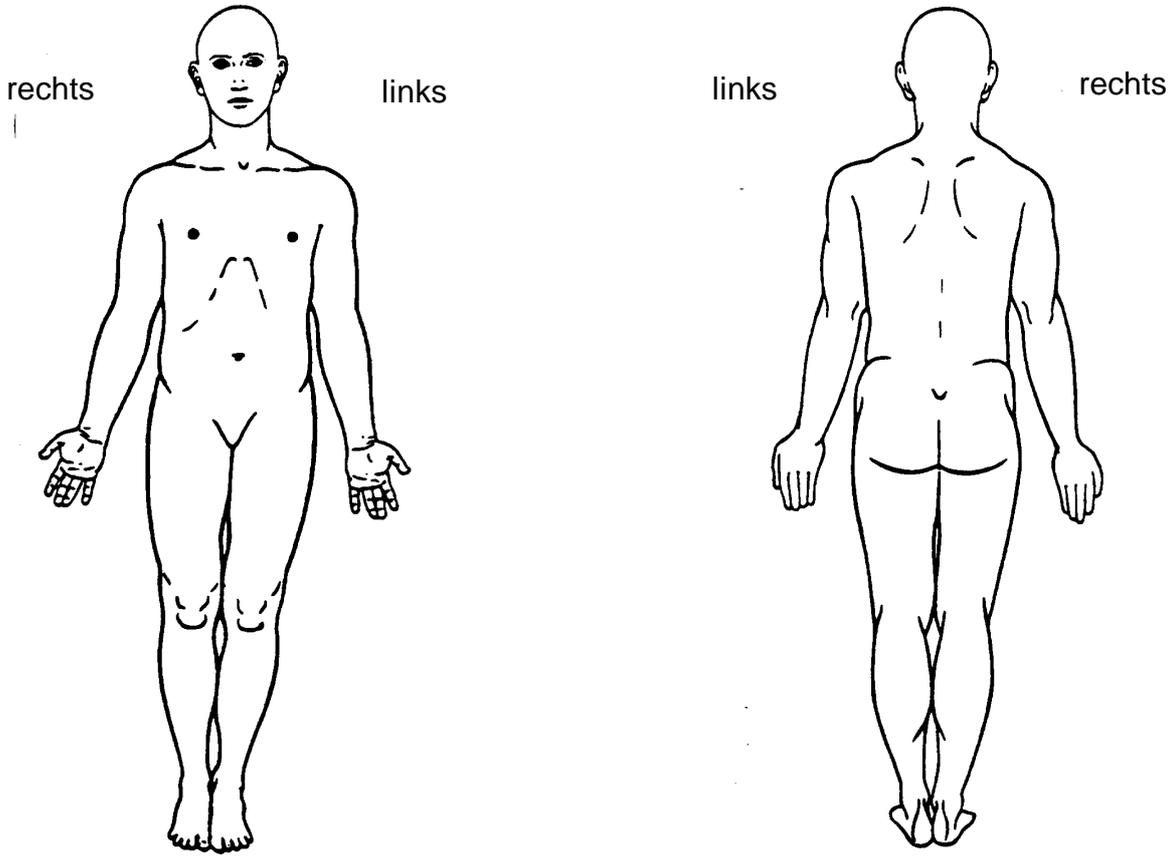
(SCHMERZFRAGEBOGEN)

**SCHMERZAMBULANZ DER KLINIK UND POLIKLINIK FÜR
ANÄSTHESIOLOGIE UND OPERATIVE INTENSIVMEDIZIN
DER UNIVERSITÄT ZU KÖLN
50924 KÖLN**

1 Die meisten von uns haben von Zeit zu Zeit Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, bei Verstauchungen). Hatten Sie **heute andere als diese Alltagsschmerzen?**

ja nein

2 Schraffieren Sie in nachstehender Zeichnung die Gebiete, in denen Sie Schmerzen haben. Markieren Sie mit "X" die Stelle, die Sie am meisten schmerzt.



3 Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre **stärksten** Schmerzen in den letzten 24 Stunden beschreibt:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz										stärkste vorstellbare Schmerzen

4 Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre **geringsten** Schmerzen in den letzten 24 Stunden beschreibt:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz										stärkste vorstellbare Schmerzen

5 Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre **durchschnittlichen** Schmerzen in den letzten 24 Stunden beschreibt:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz										stärkste vorstellbare Schmerzen

6 Kreisen Sie die Zahl ein, die aussagt, welche Schmerzen Sie **in diesem Moment** haben:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz										stärkste vorstellbare Schmerzen

7 Welche Behandlungen oder Medikamente erhalten Sie gegen Ihre Schmerzen?

8 Bitte denken Sie an die vergangenen 24 Stunden. Wieviel Schmerzlinderung haben Sie durch Behandlungen oder Medikamente erfahren? Bitte kreisen Sie die Prozentzahl ein, die am besten die Schmerzlinderung zeigt.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
keine Linderung										vollständige Linderung

Bitte kreisen Sie die eine Zahl ein, die angibt, wie stark Ihre Schmerzen Sie in den vergangenen 24 Stunden beeinträchtigt haben:

9 **Allgemeine Aktivität**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										vollständige Beeinträchtigung

10 **Stimmung**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										vollständige Beeinträchtigung

11 **Gehvermögen**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										vollständige Beeinträchtigung

12 **Normale Arbeit** (sowohl außerhalb des Hauses als auch Hausarbeit)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										vollständige Beeinträchtigung

13 **Beziehung zu anderen Menschen**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										vollständige Beeinträchtigung

14 **Schlaf**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										vollständige Beeinträchtigung

15 **Lebensfreude**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										vollständige Beeinträchtigung

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!