

Name	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>

BRIEF PAIN INVENTORY

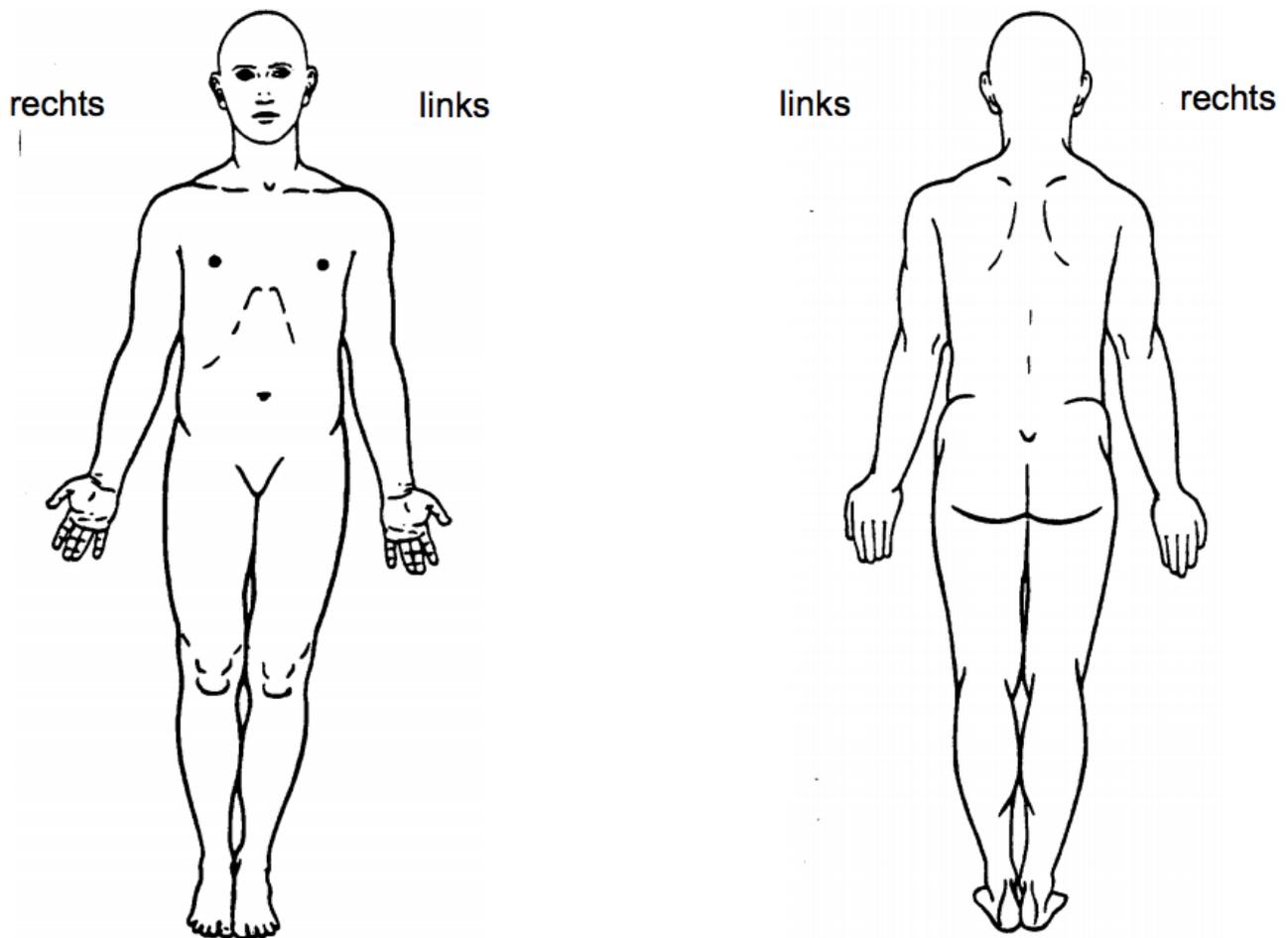
(SCHMERZFRAGEBOGEN)

Datum:	Name:
Uhrzeit:	Vorname:

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 d. 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. Wie viel Schmerzlinderung haben Sie durch Behandlungen oder Medikamente erfahren? Bitte kreisen Sie die Prozentzahl ein, die am besten die Schmerzlinderung beschreibt:										
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
	kein Linderung										vollständige Linderung

Bitte kreisen Sie die 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										stärkste Beeinträchtigung
10)	Stimmung										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung										stärkste Beeinträchtigung
11)	Gehvermögen										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung										stärkste Beeinträchtigung
12)	Normale Arbeit (sowohl außerhalb des Hauses als auch Hausarbeit), Belastbarkeit										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung										stärkste Beeinträchtigung
13)	Beziehung zu anderen Menschen										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung										stärkste Beeinträchtigung
14)	Schlaf										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung										stärkste Beeinträchtigung
15)	Lebensfreude										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung										stärkste Beeinträchtigung

PDI

Bitte geben Sie im folgenden an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in den verschiedenen Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt sind. Das heißt: Wie sehr hindern die Schmerzen Sie daran, ein normales Leben zu führen? Kreisen Sie bitte für jeden der sieben Lebensbereiche die Zahl ein, welche die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, und ein Wert von 10 gibt an, dass Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.

1)	Familiäre und häusliche Verpflichtungen (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeiten).
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung
2)	Erholung (dieser Bereich umfasst Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten)
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung
3)	Soziale Aktivitäten (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Feste, Theater - und Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung
4)	Beruf (dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben; gemeint ist auch Hausfrauen(männer)tätigkeit)
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung
5)	Sexualleben (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung
6)	Selbstversorgung (dieser Bereich umfaßt Aktivitäten, die Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z.B. sich waschen und anziehen, Autofahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein)
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung
7)	Lebensnotwendige Tätigkeiten (dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen)
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	keine Beeinträchtigung stärkste Beeinträchtigung