

P

SZ

BG

Stat.



**Dr. Astrid Gendolla**  
Fachärztin für Neurologie  
Spezielle Schmerztherapie  
Psychotherapie

## Tagesfragebogen Schmerztherapie

Bitte füllen Sie diesen Bogen zur Kontrolle des Therapie-  
verlaufs vor jeder Behandlung aus.

(Bitte je Punkt nur ein Feld bzw. eine Zahl ankreuzen.)

Name: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

• Wie **häufig** treten Ihre **Hauptschmerzen** auf?

- Ich bin überwiegend schmerzfrei
- wenige Male pro Monat
- mehrmals pro Woche
- einmal täglich
- mehrmals täglich
- Meine Schmerzen sind dauernd vorhanden

• Wie beurteilen Sie die **durchschnittliche Stärke** Ihrer  
Hauptschmerzen in der vergangenen Woche?

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩  
keine Schmerzen —————> nicht stärker vorstellbarer Schmerz

• Wie beurteilen Sie die **maximale Stärke** Ihrer  
Hauptschmerzen in der vergangenen Woche?

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩  
keine Schmerzen —————> nicht stärker vorstellbarer Schmerz

• Wie beurteilen Sie die **Erträglichkeit** Ihrer Schmerzen?

- Ich habe keine Schmerzen
- Ich kann sie gut ertragen
- Ich kann sie gerade noch ertragen
- Ich kann sie schlecht ertragen

• Wie stark sind Sie durch Ihre Schmerzen **bei Ihren  
täglichen Aktivitäten beeinträchtigt** (z.B. Beruf,  
Hausarbeit, Freizeit)?

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩  
keine Beeinträchtigung —————> starke Beeinträchtigung

• Wie beurteilen Sie Ihr **seelisches Befinden**?

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩  
ausgesprochen gut —————> sehr schlecht

• Leiden Sie zurzeit außer unter Schmerzen auch unter  
**anderen Beschwerden?**

(Wenn Sie andere als die genannten Beschwerden haben,  
tragen Sie diese bitte unter „Sonstige“ ein.)

0 = keine Beschwerden, 10 = sehr starke Beschwerden

• **Übelkeit:**

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

• **Erbrechen:**

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

• **Verstopfung:**

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

• **Müdigkeit:**

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

• **Konzentrationsstörungen:**

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

• **Schlafstörungen:**

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

• **Schwindel:**

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

• **Mundtrockenheit:**

- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

(Sonstige):

- \_\_\_\_\_  
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

- \_\_\_\_\_  
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

- \_\_\_\_\_  
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩