

Name, Vorname: ..... geb.: .....  
Köln, den .....

**Tragen Sie hier bitte die Intensität Ihrer Gesamtschmerzen ein.**

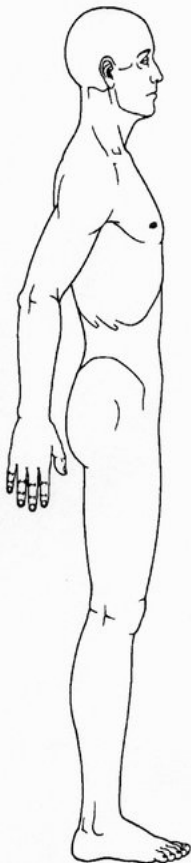
Markieren Sie bitte den Kreis, der Ihrer Schmerzintensität in der letzten Zeit am ehesten entspricht:

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0 = „kein Schmerz“,			5 = „Erträglichkeitsschwelle“,			10 = „stärkster vorstellbarer Schmerz“						
(bitte nur einen Kreis markieren)												

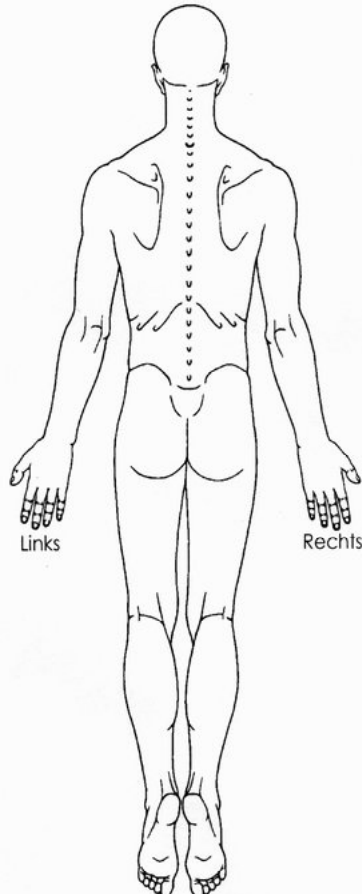
**Bitte zeichnen Sie in diese Skizzen Ihr „Schmerzbild“ ein:**

Machen Sie ein Kreuz bei punktuellen Schmerzen **X**  
Machen Sie einen Pfeil bei ausstrahlenden Schmerzen **—————>**  
Machen Sie eine Schraffur bei diffusen Beschwerden **/////**  
Bezeichnen Sie die für Sie schlimmsten Schmerzen in der Zeichnung mit einer „1“,  
die zweitschlimmsten mit einer „2“ und so weiter mit „3“, „4“...

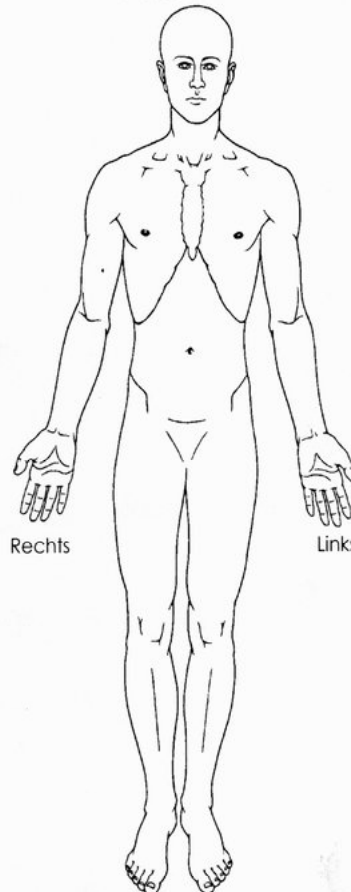
Rechte Seite



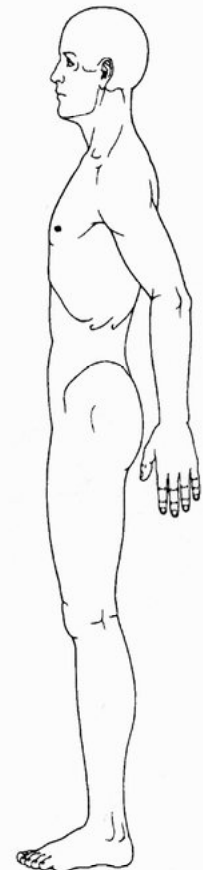
Rückseite



Vorderseite



Linke Seite



Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst genau mit Ihren eigenen Worten:
