

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

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

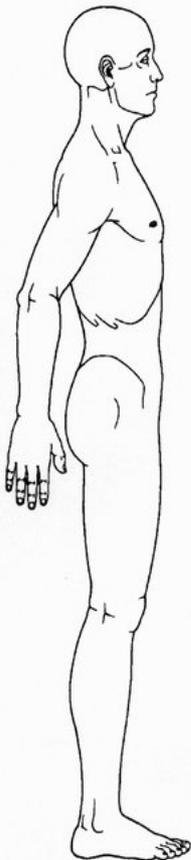
Markieren Sie bitte den Kreis, der Ihrer Schmerzintensität in der letzten Zeit am ehesten entspricht:

	<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)												

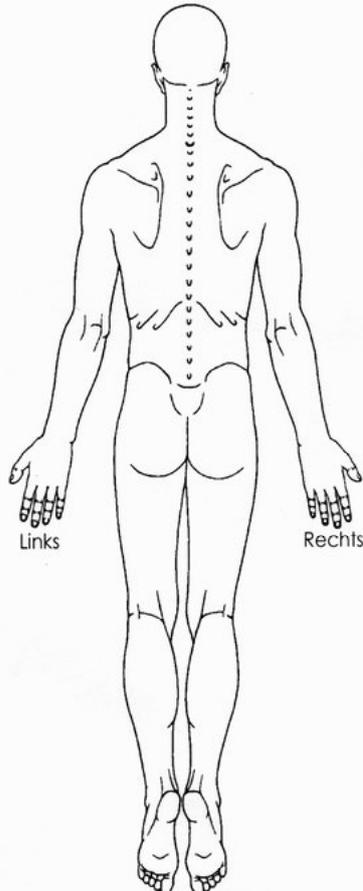
**Bitte zeichnen Sie in diese Skizzen Ihr „Schmerzbild“ ein:**

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“...

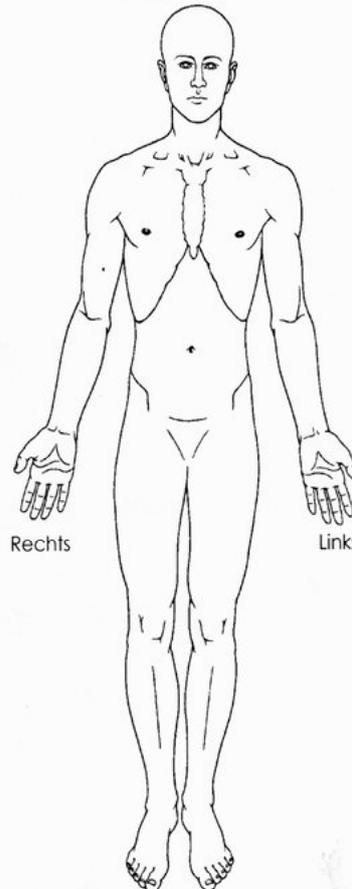
Rechte Seite



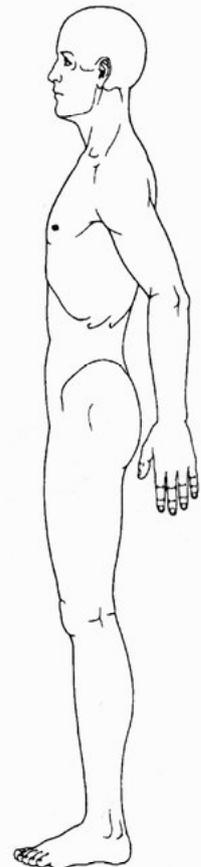
Rückseite



Vorderseite



Linke Seite



**Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst genau mit Ihren eigenen Worten:**
