

Fragebogen zu Schmerzen und Einschränkungen im Halsbereich

Name: _____ geb.: _____

1. Messung Datum:
2. Messung Datum:



Bitte machen Sie ein Kreuz an der Zahl, die Ihre Schmerzsituation wiedergibt, reichend von beschwerdefrei bis schlimmste vorstellbare Situation.
 0=gar nicht / gar keine 5 = sehr/ unerträglich

	0	1	2	3	4	5
1) Wie schlimm sind Ihre Schmerzen heute?						
2) Wie schlimm sind Ihre Schmerzen im Durchschnitt?						
3) Wie stark sind Ihre schlimmsten Schmerzen?						
4) Wird Ihr Schlaf durch Ihre Schmerzen beeinträchtigt?						
5) Wie stark sind Ihre Schmerzen im Stehen?						
6) Wie stark sind Ihre Schmerzen beim Gehen?						
7) Werden Sie durch Ihre Schmerzen beim Führen eines Fahrzeuges oder als Beifahrer beeinträchtigt?						
8) Werden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihrer sozialen Aktivität beeinträchtigt?						
9) Werden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihren Freizeitaktivitäten beeinträchtigt?						
10) Werden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihrem Beruf beeinträchtigt?						
11) Werden Sie durch Ihre Schmerzen bei Ihrer Körperpflege (Essen, Anziehen, Baden, etc.) beeinträchtigt?						
12) Werden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihren persönlichen Kontakten (Familie, Freunde, Sex, etc.) beeinträchtigt?						
13) Wie haben sich Ihre Gedanken über Ihre Zukunft durch Ihre Schmerzen verändert? (optimistisch (=0/1)/ depressiv(=2/3) / hoffnungslos(=4/5)?						
14) Werden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihrer Stimmungslage beeinträchtigt?						
15) Beeinflussen Ihre Schmerzen Ihre Konzentrationsfähigkeit?						
16) Haben Sie Probleme Ihren Hals zu bewegen?						
17) Haben Sie Probleme, Ihren Hals zu drehen?						
18) Haben Sie Probleme, nach oben oder unten zu schauen?						
19) Haben Sie Probleme bei Überkopfarbeiten (z.B. Glühbirnenwechsel an Deckenlampen, Streichen von Decken etc.)?						
20) Wie stark ist Ihr Schmerz nach Medikamenteneinnahme?						