

Patienten-Initialen	<input type="text"/>	Pat.Nr.
Name	<input type="text"/>	
Datum	<input type="text"/>	

**Schmerzen seit:**

**Diagnose:**

# **BRIEF PAIN INVENTORY**

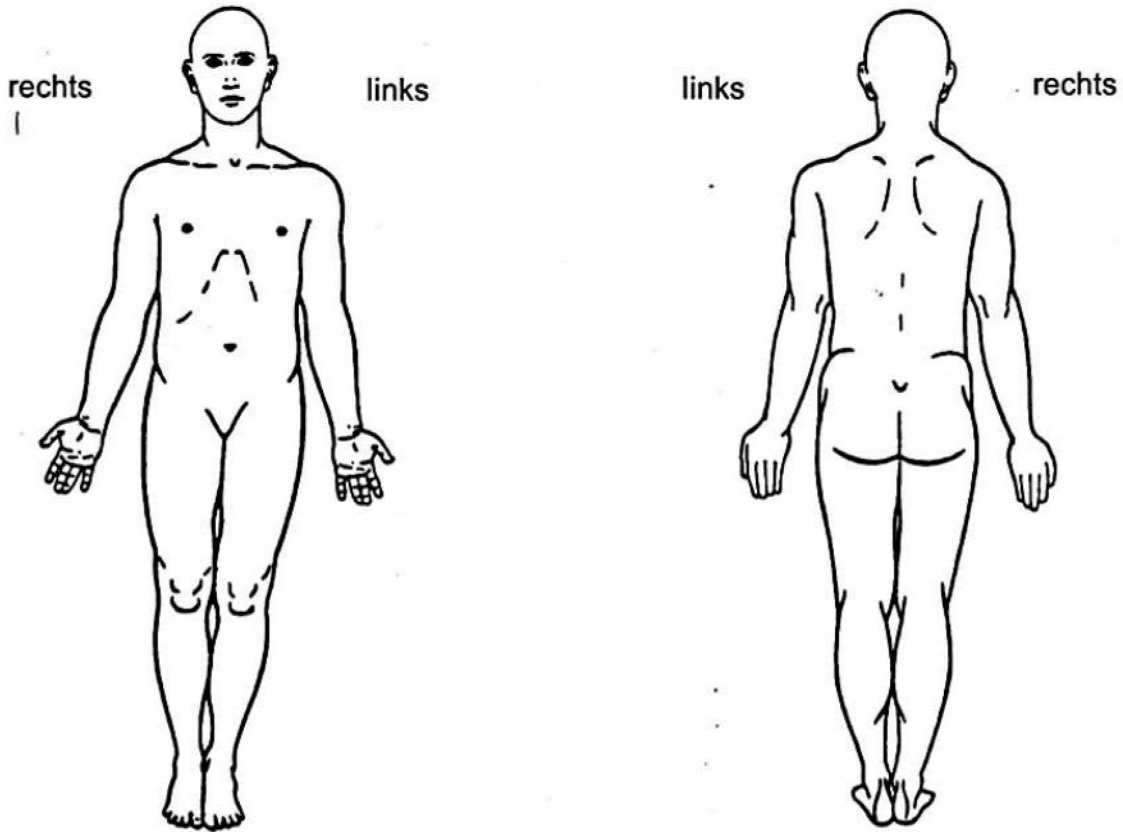
**(SCHMERZFRAGEBOGEN)**

**BITTE FÜLLEN SIE DEN FRAGEBOGEN  
VOLLSTÄNDIG AUS!**

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.



2a Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre durchschnittlichen Schmerzen in den letzten Woche beschreibt:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
kein Schmerz stärkste vorstellbare Schmerzen

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 den 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. Wieviel Schmerzlinderung haben Sie durch Behandlungen oder Medikamente erfahren? Bitte kreisen Sie die Prozentzahl ein, die am besten die Schmerzlinderung zeigt.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

keine Linderung vollständige Linderung

Bitte kreisen Sie die eine 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 vollständige Beeinträchtigung

10 **Stimmung**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

keine Beeinträchtigung vollständige Beeinträchtigung

11 **Gehvermögen**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

keine Beeinträchtigung vollständige Beeinträchtigung

12 **Normale Arbeit** (sowohl außerhalb des Hauses als auch Hausarbeit)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

keine Beeinträchtigung vollständige Beeinträchtigung

13 **Beziehung zu anderen Menschen**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

keine Beeinträchtigung vollständige Beeinträchtigung

14 **Schlaf**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

keine Beeinträchtigung vollständige Beeinträchtigung

15 **Lebensfreude**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

keine Beeinträchtigung vollständige Beeinträchtigung

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

# 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? Kreuzen Sie bitte für jeden der sieben Lebensbereiche die Zahl an, die 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  
völlige  
Beeinträchtigung

2. **Erholung** (dieser Bereich umfaßt Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten)

[ 0 ]   [ 1 ]   [ 2 ]   [ 3 ]   [ 4 ]   [ 5 ]   [ 6 ]   [ 7 ]   [ 8 ]   [ 9 ]   [ 10 ]  
keine  
Beeinträchtigung  
völlige  
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  
völlige  
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  
völlige  
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  
völlige  
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  
völlige  
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  
völlige  
Beeinträchtigung

**Bitte prüfen Sie nochmals, ob Sie alle 7 Feststellungen beantwortet haben.**