

# Schmerzfragebogen

- 1) Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie **auf den unten aufgeführten Skalen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden.

Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

- 1a) Geben Sie zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

- 1b) Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

- 1c) Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der **letzten 4 Wochen** an:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

- 2) In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen **während der letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die Auswirkungen der Schmerzen erfahren.

- 2a) **An wie vielen Tagen** konnten Sie **in den letzten 3 Monaten** aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z. B. Beruf, Schule, Haushalt)?

Ich konnte meinen üblichen Aktivitäten...      ... an etwa ☐ ☐ Tagen **nicht** nachgehen.  
 ... an allen Tagen nachgehen. ☐

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

- 2b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

- 2c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- und Freundeskreis** beeinträchtigt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

- 2d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung

Hinweis: Der Fragebogen ist Teil des Deutschen Schmerzfragebogens der Deutschen Schmerzgesellschaft.

Quellen:

(1) Deutsche Schmerzgesellschaft (2019): Deutscher Schmerzfragebogen. Berlin: Deutsche Schmerzgesellschaft. URL: <https://www.schmerzgesellschaft.de/schmerzfragebogen> (abgerufen am: 06.09.2023).

(2) Von Korff, M.; Ormel, J.; Keefe, F.J.; Dworkin, S.F. (1992): Grading the severity of chronic pain. Pain 50(2): 133-149. DOI: 10.1016/0304-3959(92)90154-4.