

GCPS-FRAGEBOGEN

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Hauptschmerzen: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden sieben Fragen Ihre Hauptschmerzen betreffend!

FRAGE 1:

An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 6 Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen?

Tage: _____

*In den folgenden Fragen 2 bis 4 geht es um **die Stärke Ihrer Schmerzen**. Sie können Ihre Schmerzen jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 bewerten: Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben. Der Wert 10 bedeutet, dass Ihre Schmerzen nicht schlimmer sein könnten. Mit den dazwischenliegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.*

FRAGE 2:

Wie würden Sie Ihre Schmerzen, wie sie *in diesem Augenblick* sind, einstufen?

keine Schmerzen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] stärkster vorstellbarer Schmerz

FRAGE 3:

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre *stärksten* Schmerzen einstufen?

keine Schmerzen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] stärkster vorstellbarer Schmerz

FRAGE 4:

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie *die durchschnittliche Stärke* Ihrer Schmerzen einstufen?

keine Schmerzen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] stärkster vorstellbarer Schmerz

Bei den folgenden Fragen 5 bis 7 geht es um **die Beeinträchtigung Ihrer Aktivitäten** durch Schmerzen. Sie können Ihre Beeinträchtigung jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 bewerten: Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Beeinträchtigung haben. Der Wert 10 bedeutet, dass Sie außerstande waren/sind, irgendetwas zu tun. Mit den dazwischenliegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

FRAGE 5:

Inwieweit haben Sie Ihre Schmerzen in den letzten 6 Monaten bei Ihren *alltäglichen Beschäftigungen* beeinträchtigt?

keine
Beeinträchtigung [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] ich war
außerstande,
irgendetwas
zu tun

FRAGE 6:

Inwieweit haben Ihre Schmerzen in den letzten 6 Monaten Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, an *Familien- und Freizeitaktivitäten* teilzunehmen?

keine
Beeinträchtigung [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] ich war
außerstande,
irgendetwas
zu tun

FRAGE 7:

Inwieweit haben Ihre Schmerzen in den letzten 6 Monaten Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre *Arbeit/Hausarbeit* zu verrichten?

keine
Beeinträchtigung [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] ich war
außerstande,
irgendetwas
zu tun

Vielen Dank!