

Schmerzfragebogen

Name: <input type="text"/>		Lage der Schmerzen/Kurze Beschreibung	
Seit wann treten die Schmerzen auf?			
<input type="checkbox"/> weniger als 6 Wochen <input type="checkbox"/> länger als 12 Wochen <input type="checkbox"/> 6 – 12 Wochen <input type="checkbox"/> länger als ein Jahr			
Welcher Wert beschreibt die Schmerzintensität?			
		<p>Vorne Hinten</p> <input type="text"/>	
Wandern die Schmerzen?	Strahlen die Schmerzen aus?		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Wohin <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Wohin <input type="text"/>		
Was war oder ist der Auslöser für die Schmerzen?	Welcher Schmerzcharakter trifft am ehesten zu?	Gibt es Faktoren, welche die Schmerzen lindern?	Gibt es Faktoren, welche die Schmerzen verschlimmern?
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Beißend <input type="checkbox"/> Schneidend <input type="checkbox"/> Brennend <input type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Raubt den Schlaf <input type="checkbox"/> Wundheit <input type="checkbox"/> Anders <input type="checkbox"/> Schwere <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche... <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche... <input type="text"/>
Sind die Schmerzen durch das Wetter beeinflusst?	Sind die Schmerzen durch Emotionen beeinflusst?	Besteht neben Schmerzen auch Schwäche?	Verursachen die Schmerzen Schlafstörungen?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Welches <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Welche <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Wobei <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Inwiefern <input type="text"/>
Welcher Schmerzverlauf ist typisch?			
<input type="checkbox"/> Dauerschmerz mit leichten Schwankungen <input type="checkbox"/> Dauerschmerz mit starken Schwankungen <input type="checkbox"/> Schmerzattacken mit schmerzfremen Zeiten <input type="checkbox"/> Schmerzattacken mit Dauerschmerz			
Welche anderen Beschwerden treten mit den Schmerzen zusammen auf?			
<input type="text"/>			
Was ist der Wunsch an die Behandlung?			
<input type="text"/>			