

Schmerzfragebogen

Name: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Lage der Schmerzen/Kurze Beschreibung		
Wie haben sich die Schmerzen verändert? <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Etwas verbessert <input type="checkbox"/> Sehr verbessert <input type="checkbox"/> Schmerzfreiheit			
Welcher Wert beschreibt nun die Schmerzintensität? <input style="width: 95%;" type="text"/>			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Wandern die Schmerzen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Wohin <input style="width: 90%;" type="text"/> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> Strahlen die Schmerzen aus? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Wohin <input style="width: 90%;" type="text"/> </td> </tr> </table>		Wandern die Schmerzen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Wohin <input style="width: 90%;" type="text"/>	Strahlen die Schmerzen aus? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Wohin <input style="width: 90%;" type="text"/>
Wandern die Schmerzen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Wohin <input style="width: 90%;" type="text"/>	Strahlen die Schmerzen aus? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Wohin <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Was war oder ist der Auslöser für die Schmerzen? <input style="width: 95%; height: 100%;" type="text"/>	Welcher Schmerzcharakter trifft am ehesten zu? <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 style="width: 50%;" type="text"/>	Gibt es Faktoren, welche die Schmerzen lindern? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche... <input style="width: 95%; height: 100%;" type="text"/>	Gibt es Faktoren, welche die Schmerzen verschlimmern? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche... <input style="width: 95%; height: 100%;" type="text"/>
Sind die Schmerzen durch das Wetter beeinflusst? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Welches <input style="width: 90%;" type="text"/>	Sind die Schmerzen durch Emotionen beeinflusst? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Welche <input style="width: 90%;" type="text"/>	Besteht neben Schmerzen auch Schwäche? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Wobei <input style="width: 90%;" type="text"/>	Verursachen die Schmerzen Schlafstörungen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Inwiefern <input style="width: 90%;" 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 schmerzfreien Zeiten	 <input type="checkbox"/> Schmerzattacken mit Dauerschmerz
Welche anderen Beschwerden treten mit den Schmerzen zusammen auf? <input style="width: 95%; height: 100%;" type="text"/>			
Was hat sich durch die Behandlung grundsätzlich verändert? <input style="width: 95%; height: 100%;" type="text"/>			