

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

Um die Qualität der Behandlung zu beurteilen bin ich auf Ihre Mithilfe angewiesen.

Bitte füllen Sie nach Abschluss der Behandlung diesen Fragebogen aus und geben Sie ihn am Empfang ab.

Sie können den Fragebogen auch per Post, Fax oder Email zurücksenden.

Ich danke Ihnen für Ihre Mitarbeit

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Roland Glinz

Name Datum

Wie viel haben die Schmerzen insgesamt nachgelassen

- 0 ich bin ganz oder fast schmerzfrei.
- 1 ich habe ungefähr 75% weniger Schmerzen.
- 2 ich habe ungefähr 50% weniger Schmerzen.
- 3 ich habe ungefähr 25% weniger Schmerzen.
- 4 die Schmerzen sind unverändert stark oder stärker.
- 5 kann ich nicht sagen.

Medikamenten-Einnahme (nur Schmerzmittel)

- 0 ich brauche keine Schmerzmittel mehr
- 1 ich brauche sehr viel weniger Schmerzmittel (+/- 75% weniger)
- 2 ich brauche noch etwa die Hälfte weniger an Schmerzmitteln (+/- 50% weniger)
- 3 ich brauche etwas weniger Schmerzmittel (+/- 25 % weniger)
- 4 ich brauche noch immer gleich viel Schmerzmittel.
- 5 kann ich nicht sagen.

Zufriedenheit mit der Behandlung

- 0 ich bin mit der Behandlung sehr zufrieden
- 1 ich bin mit der Behandlung ziemlich zufrieden
- 2 ich bin mit der Behandlung weder zufrieden noch unzufrieden
- 3 ich bin mit der Behandlung eher unzufrieden
- 4 ich bin mit der Behandlung sehr unzufrieden
- 5 kann ich nicht sagen.

Rückseite bitte auch ausfüllen

Schmerzstärke

- **0** bedeutet **kein Schmerz**
- **10** bedeutet **stärkste vorstellbare Schmerzen**

Kreuzen Sie die Zahl an, die Ihre **STÄRKSTEN** Schmerzen in den letzten 24 Stunden beschreibt:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kreuzen Sie die Zahl an, die Ihre **GERINGSTEN** Schmerzen in den letzten 24 Stunden beschreibt:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kreuzen Sie die Zahl an, die Ihre **DURCHSCHNITTLICHEN** Schmerzen in den letzten 24 Stunden beschreibt:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kreuzen Sie die Zahl an, die Ihre Schmerzen in **DIESEM MOMENT** beschreibt:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Die folgenden Fragen betreffen die Behinderung im Alltag wegen Schmerzen

- **0** bedeutet **normal möglich, keine Einschränkung**
- **10** bedeutet wegen Schmerzen **sehr stark beeinträchtigt oder unmöglich**

Allgemeine Aktivität

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stimmung

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Gehvermögen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Normale Arbeit (sowohl ausserhalb des Hauses wie auch Hausarbeit)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Beziehung zu anderen Menschen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Schlaf

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Lebensfreude

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----