Schmerztagebuch

Schmerztherapeutische Einrichtung

Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Manuelle Medizin
MBA Serbaz Al Mohammad
LANR: 523551604
Siegfriedstraße 18 - 67547 Worms
Tel: +49 (6241) 480016-0 / Fax: -9
BSNR: 480100300

Patient

Name: Patienten-Nr.:

Vorname: Ausgabe: _____ _____ _____

Tag Monat Jahr

Straße/ Haus-Nr.:

PLZ:_____ Ort:

Abgabedatum:

Tagesprotokoll (1)

Datum:____ ____ ____
Tag **Monat** **Jahr**

Wochentag: ◯Mo ◯Di ◯Mi ◯Do ◯Fr ◯Sa ◯So

Uhrzeit kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz
morgens:
08:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz
vormittags:
10:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz
mittags:
12:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz
nachmittags:
16:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz
abends:
20:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz
nachts:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Erträglichkeit/ individuelles Behandlungsziel

Bei welcher **Schmerzstärke** wären die **Schmerzen** für Sie **erträglich**?

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie war ihr **allgemeines Wohlbefinden**? Ordnen Sie ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechtem Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.

sehr schlecht — sehr gut

- 100 — 0 — + 100

War ihre nächtliche Schlafdauer…

…ausreichend? ☐ …nicht ausreichend? ☐

Hatten Sie Dauerschmerzen?

nein ☐ ja ☐

Wurden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung beeinträchtigt?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Hatten Sie das Gefühl, die Schmerzen lindernd beeinflussen zu können?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Hatten Sie sonstige Beschwerden? (Mehrfachnennungen möglich)

keine	☐				
Müdigkeit	☐	Niedergeschlagenheit	☐	Lustlosigkeit	☐
Übelkeit	☐	Appetitlosigkeit	☐	Schwindel	☐
Magenbeschwerden	☐	Schlafstörungen	☐	Verstopfung	☐
Konzentrationsstörungen	☐	Schwitzen	☐		
andere	☐	_____			

Tagesprotokoll (2)

Datum:____ ____ ____
Tag **Monat** **Jahr**

Wochentag: ◯Mo ◯Di ◯Mi ◯Do ◯Fr ◯Sa ◯So

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
morgens: _____
08:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
vormittags: _____
10:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
mittags: _____
12:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
nachmittags: _____
16:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
abends: _____
20:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
nachts: _____
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Erträglichkeit/ individuelles Behandlungsziel

Bei welcher **Schmerzstärke** wären die **Schmerzen** für Sie **erträglich**?

kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie war ihr **allgemeines Wohlbefinden**? Ordnen Sie ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechtem Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.

sehr schlecht sehr gut
- 100 0 + 100

War ihre nächtliche Schlafdauer…
…ausreichend? ☐ …nicht ausreichend? ☐

Hatten Sie Dauerschmerzen?
nein ☐ ja ☐

Wurden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt?
nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung beeinträchtigt?
nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Hatten Sie das Gefühl, die Schmerzen lindernd beeinflussen zu können?
nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Hatten Sie sonstige Beschwerden? (Mehrfachnennungen möglich)

keine	☐				
Müdigkeit	☐	Niedergeschlagenheit	☐	Lustlosigkeit	☐
Übelkeit	☐	Appetitlosigkeit	☐	Schwindel	☐
Magenbeschwerden	☐	Schlafstörungen	☐	Verstopfung	☐
Konzentrationsstörungen	☐	Schwitzen	☐		
andere	☐	_____			

Tagesprotokoll (3)

Datum:____ ____ ____
Tag **Monat** **Jahr**

Wochentag: ◯ Mo ◯ Di ◯ Mi ◯ Do ◯ Fr ◯ Sa ◯ So

Uhrzeit kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz
morgens: _____
08:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz
vormittags: _____
10:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz
mittags: _____
12:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz
nachmittags: _____
16:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz
abends: _____
20:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz
nachts: _____
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Erträglichkeit/ individuelles Behandlungsziel

Bei welcher **Schmerzstärke** wären die **Schmerzen** für Sie **erträglich**?

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie war ihr **allgemeines Wohlbefinden**? Ordnen Sie ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechtem Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.

sehr schlecht — sehr gut

- 100 — 0 — + 100

War ihre nächtliche Schlafdauer…

…ausreichend? ☐ …nicht ausreichend? ☐

Hatten Sie Dauerschmerzen?

nein ☐ ja ☐

Wurden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung beeinträchtigt?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Hatten Sie das Gefühl, die Schmerzen lindernd beeinflussen zu können?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Hatten Sie sonstige Beschwerden? (Mehrfachnennungen möglich)

keine	☐				
Müdigkeit	☐	Niedergeschlagenheit	☐	Lustlosigkeit	☐
Übelkeit	☐	Appetitlosigkeit	☐	Schwindel	☐
Magenbeschwerden	☐	Schlafstörungen	☐	Verstopfung	☐
Konzentrationsstörungen	☐	Schwitzen	☐		
andere	☐	_____			

Tagesprotokoll (4)

Datum:____ ____ ____
Tag **Monat** **Jahr**

Wochentag: ◯Mo ◯Di ◯Mi ◯Do ◯Fr ◯Sa ◯So

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
morgens: _____
08:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
vormittags: _____
10:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
mittags: _____
12:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
nachmittags: _____
16:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
abends: _____
20:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
nachts: _____
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Erträglichkeit/ individuelles Behandlungsziel

Bei welcher **Schmerzstärke** wären die **Schmerzen** für Sie **erträglich**?

kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
_____
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie war ihr **allgemeines Wohlbefinden**? Ordnen Sie ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechtem Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.

sehr schlecht sehr gut
- 100 0 + 100

War ihre nächtliche Schlafdauer…

…ausreichend? ☐ …nicht ausreichend? ☐

Hatten Sie Dauerschmerzen?

nein ☐ ja ☐

Wurden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung beeinträchtigt?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Hatten Sie das Gefühl, die Schmerzen lindernd beeinflussen zu können?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Hatten Sie sonstige Beschwerden? (Mehrfachnennungen möglich)

keine	☐				
Müdigkeit	☐	Niedergeschlagenheit	☐	Lustlosigkeit	☐
Übelkeit	☐	Appetitlosigkeit	☐	Schwindel	☐
Magenbeschwerden	☐	Schlafstörungen	☐	Verstopfung	☐
Konzentrationsstörungen	☐	Schwitzen	☐		
andere	☐	_____			

Tagesprotokoll (5)

Datum:____ ____ ____
Tag **Monat** **Jahr**

Wochentag: ◯Mo ◯Di ◯Mi ◯Do ◯Fr ◯Sa ◯So

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
morgens: _____
08:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
vormittags: _____
10:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
mittags: _____
12:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
nachmittags: _____
16:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
abends: _____
20:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
nachts: _____
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Erträglichkeit/ individuelles Behandlungsziel

Bei welcher **Schmerzstärke** wären die **Schmerzen** für Sie **erträglich**?

kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
_____
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie war ihr **allgemeines Wohlbefinden**? Ordnen Sie ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechtem Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.

sehr schlecht sehr gut
- 100 0 + 100

War ihre nächtliche Schlafdauer…

…ausreichend? ☐ …nicht ausreichend? ☐

Hatten Sie Dauerschmerzen?

nein ☐ ja ☐

Wurden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung beeinträchtigt?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Hatten Sie das Gefühl, die Schmerzen lindernd beeinflussen zu können?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Hatten Sie sonstige Beschwerden? (Mehrfachnennungen möglich)

keine	☐				
Müdigkeit	☐	Niedergeschlagenheit	☐	Lustlosigkeit	☐
Übelkeit	☐	Appetitlosigkeit	☐	Schwindel	☐
Magenbeschwerden	☐	Schlafstörungen	☐	Verstopfung	☐
Konzentrationsstörungen	☐	Schwitzen	☐		
andere	☐	_____			

Tagesprotokoll (6)

Datum:____ ____ ____
Tag **Monat** **Jahr**

Wochentag: ◯Mo ◯Di ◯Mi ◯Do ◯Fr ◯Sa ◯So

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
morgens: _____
08:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
vormittags: _____
10:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
mittags: _____
12:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
nachmittags: _____
16:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
abends: _____
20:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
nachts: _____
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Erträglichkeit/ individuelles Behandlungsziel

Bei welcher **Schmerzstärke** wären die **Schmerzen** für Sie **erträglich**?

kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie war ihr **allgemeines Wohlbefinden**? Ordnen Sie ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechtem Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.

sehr schlecht sehr gut
- 100 0 + 100

War ihre nächtliche Schlafdauer…

…ausreichend? ☐ …nicht ausreichend? ☐

Hatten Sie Dauerschmerzen?

nein ☐ ja ☐

Wurden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung beeinträchtigt?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Hatten Sie das Gefühl, die Schmerzen lindernd beeinflussen zu können?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Hatten Sie sonstige Beschwerden? (Mehrfachnennungen möglich)

keine	☐				
Müdigkeit	☐	Niedergeschlagenheit	☐	Lustlosigkeit	☐
Übelkeit	☐	Appetitlosigkeit	☐	Schwindel	☐
Magenbeschwerden	☐	Schlafstörungen	☐	Verstopfung	☐
Konzentrationsstörungen	☐	Schwitzen	☐		
andere	☐	_____			

Tagesprotokoll (7)

Datum:____ ____ ____
Tag **Monat** **Jahr**

Wochentag: ◯ Mo ◯ Di ◯ Mi ◯ Do ◯ Fr ◯ Sa ◯ So

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
morgens: _____
08:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
vormittags: _____
10:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
mittags: _____
12:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
nachmittags: _____
16:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
abends: _____
20:00 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Uhrzeit kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz
nachts: _____
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Maßnahmen:_____

Erträglichkeit/ individuelles Behandlungsziel

Bei welcher **Schmerzstärke** wären die **Schmerzen** für Sie **erträglich**?

kein Schmerz stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie war ihr **allgemeines Wohlbefinden**? Ordnen Sie ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechtem Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.

sehr schlecht sehr gut
- 100 0 + 100

War ihre nächtliche Schlafdauer…

…ausreichend? ☐ …nicht ausreichend? ☐

Hatten Sie Dauerschmerzen?

nein ☐ ja ☐

Wurden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung beeinträchtigt?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Hatten Sie das Gefühl, die Schmerzen lindernd beeinflussen zu können?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Hatten Sie sonstige Beschwerden? (Mehrfachnennungen möglich)

keine	☐				
Müdigkeit	☐	Niedergeschlagenheit	☐	Lustlosigkeit	☐
Übelkeit	☐	Appetitlosigkeit	☐	Schwindel	☐
Magenbeschwerden	☐	Schlafstörungen	☐	Verstopfung	☐
Konzentrationsstörungen	☐	Schwitzen	☐		
andere	☐	_____			

Zusammenfassende Bewertung

Wochenverlauf

1.Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und machen Sie für jedes Wort ein Kreuz, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.

Ich empfinde meine Schmerzen als …

	trifft genau zu 3	trifft weitgehend zu 2	trifft ein wenig zu 1	trifft nicht zu 0
…elend….....	○	○	○	○
...schaudernd……	○	○	○	○
…scheußlich……	○	○	○	○
…furchtbar……	○	○	○	○
…dumpf……..	○	○	○	○
…drückend……	○	○	○	○
…klopfend……	○	○	○	○
…pochend……	○	○	○	○
…brennend……	○	○	○	○
…heiß……	○	○	○	○
…stechend……	○	○	○	○
…ziehend……..	○	○	○	○

2. **Ich denke des öfteren daran, mir das Leben zu nehmen** ○ **ja** ○ **nein**

3. Kreuzen Sie jeweils an, wie sie durch Ihre Schmerzen in diesen Lebensbereichen beeinträchtigt werden:

	keine Beeinträchtigung										völlige Beeinträchtigung
Häusliche & familiäre Aktivitäten…….....	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Freizeit/Erholung…….	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Soziale Unternehmungen…….	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Haus- und Berufsarbeit…….	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Selbstständigkeit in Körperpflege und Alltagsverrichtungen …….	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. **Fragen zu Ihrem Befinden**

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

0 Traf **gar nicht** auf mich zu
1 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**
2 Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder **ziemlich oft**
3 Traf **sehr stark** auf mich zu oder **die meiste Zeit**

1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3	S
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3	A
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	0	1	2	3	D
4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3	A
5. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3	D
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3	S
7. Ich zitterte (z.B. an den Händen).	0	1	2	3	A
8. Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3	S
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3	A
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3	D
11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3	S
12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3	S
13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3	D
14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3	S
15. Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3	A
16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3	D
17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3	D
18. Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3	S
19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3	A
20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3	A
21. Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3	D

Depressivität, Angst und Stress bei Schmerzen (DASS, Nilges und Essau 2012) Public license (CC) BY-NC-SA 4.0

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:

D: _____A: _____S: _____