



Funktionsdiagnostik

Fragen zu Schmerzen und Schmerzbeeinträchtigung - GCPS

Name:

Datum:

Bitte beantworten Sie folgende sieben Fragen!

Frage 1:

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

..... Tage

*In den folgenden Fragen 2 bis 4 geht es um die **Stärke Ihrer Schmerzen** im Gesichtsbereich. Sie können die Angaben jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 abstufen. Der Wert 01 bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben/hatten, der Wert 10 bedeutet, dass die Schmerzen nicht schlimmer sein könnten. Mit den dazwischenliegenden Werten können Sie die Abstufung vornehmen.*

Frage 2:

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

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

Frage 3:

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

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

Frage 4:

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

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



Im Folgenden (Fragen 5 bis 7) geht es um die **Beeinträchtigung von Aktivitäten** durch Schmerzen im Gesichtsbereich. Sie können Ihre Angaben jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet Keine Beeinträchtigung, der Wert 10 bedeutet, dass Sie außerstande sind/waren, irgendetwas zu tun. Mit den dazwischenliegenden Werten können Sie die Abstufung vornehmen.

Frage 5:

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

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

Frage 6:

Inwieweit haben in den letzten 6 Monaten die Schmerzen im Gesichtsbereich Ihre Fähigkeit, an **Familien- oder Freizeitaktivitäten** teilzunehmen, beeinträchtigt?

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

Frage 7:

Und Inwieweit haben in den letzten 6 Monaten die Schmerzen im Gesichtsbereich Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre Arbeit/Hausarbeit zu verrichten?

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