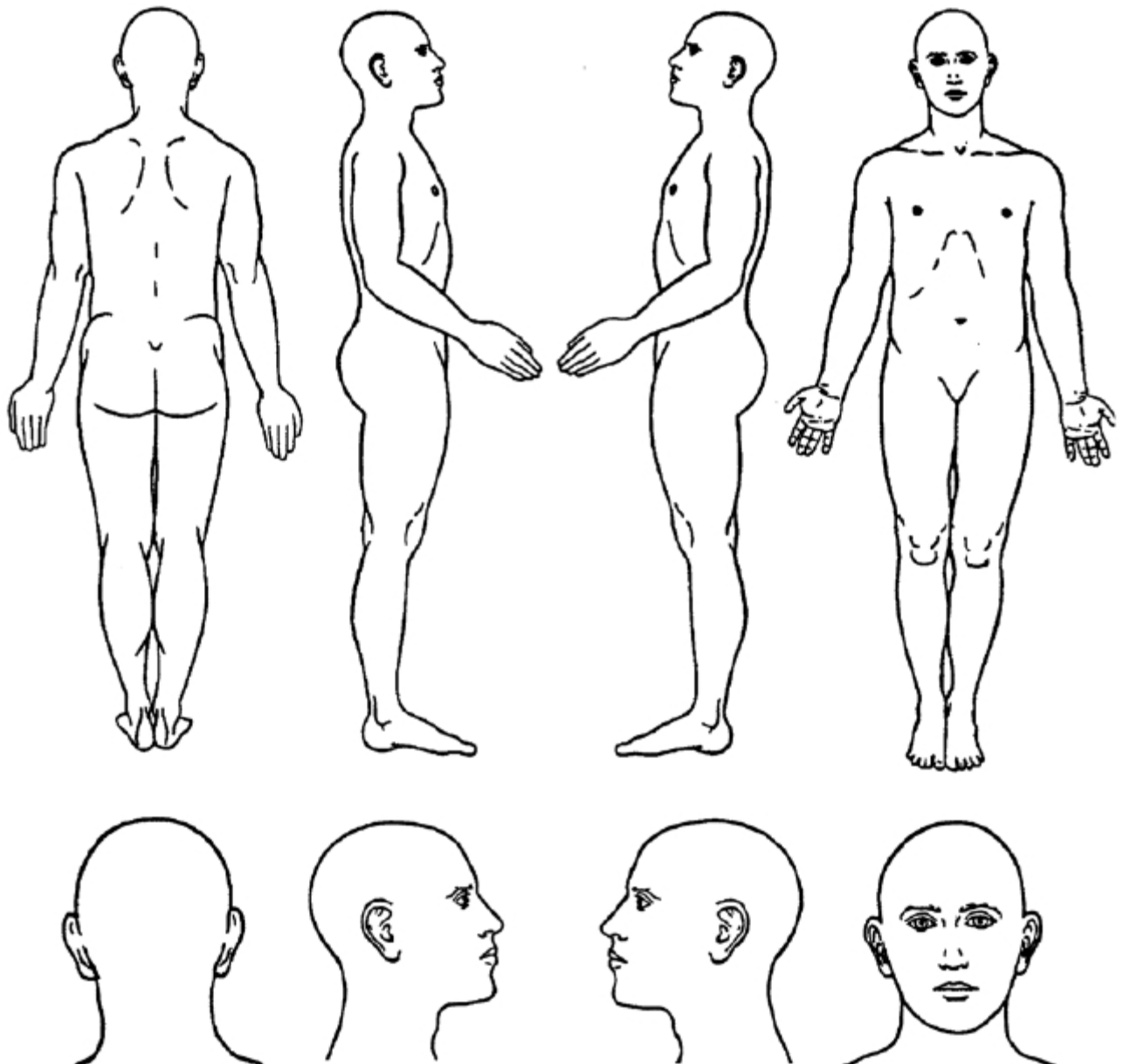


**Schmerzen: Schmerzintensität NRS 0-10, Geschichte von Schmerz im Leben (mit Zeitangabe)**

Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten bzw. auftraten.



Wie wirkt sich der Schmerz auf Ihren Lebensalltag aus? Was Ihnen alles spontan einfällt:

Welche Behandlungen, Eingriffe haben Sie bisher gehabt? Und wann?

Seit wann bestehen Ihre gegenwärtigen Schmerzen?

Datum (Jahr / Monat) seit: \_\_\_\_ . \_\_\_\_

