

Datum:

Name:

Ihre Beschwerden haben Einfluss auf die Aktivitäten und Bewegungen, die Sie täglich ausführen und die schwer zu vermeiden sind. Die Folgen dieser Beschwerden sind für jeden unterschiedlich. Jede Person möchte durch die Behandlung besondere Aktivitäten und Bewegungen verbessern. Probieren Sie Aktivitäten zu benennen, die Ihnen in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer Beschwerden schwer gefallen sind. Wir bitten Sie, die Probleme zu nennen, die Sie sehr wichtig finden und die Sie am liebsten verändern möchten in den kommenden Wochen.

Wählen Sie die drei wichtigsten Aktivitäten (schwer ausführbar und oft vorkommend) aus und ordnen Sie diese nach Ihrer Wichtigkeit:

- 1.
- 2.
- 3.

Beispiel

Aktivität: Wandern

Wählen Sie die **0**, wenn Ihnen das Wandern überhaupt keine Schwierigkeiten bereitet.

Überhaupt keine Schwierigkeiten 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Unmöglich**

Wählen Sie die **10**, wenn das Wandern für Sie unmöglich ist.

Überhaupt keine Schwierigkeiten 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Unmöglich**

Score von den ersten 3 Aktivitäten

Aktivität 1:

Wie schwer war es in der vergangenen Woche für Sie diese Aktivität auszuführen?

Überhaupt keine Schwierigkeit 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Unmöglich

Aktivität 2:

Wie schwer war es in der vergangenen Woche für Sie diese Aktivität auszuführen?

Überhaupt keine Schwierigkeit 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Unmöglich

Aktivität 3:

Wie schwer war es in der vergangenen Woche für Sie diese Aktivität auszuführen?

Überhaupt keine Schwierigkeit 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Unmöglich