GRADED CHRONIC PAIN SCALE

1. Wie würden Sie Ihren Gesichtsschmerz zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf einer Skale von 0 "kein Schmerz" bis 10 "stärkster vorstellbarer Schmerz" einschätzen?

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

2. Wie intensiv war Ihr stärkster Schmerz in den vergangenen 6 Monaten auf einer Skale von 0 "kein Schmerz" bis 10 "stärkster vorstellbarer Schmerz" ?

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

3. Wie intensiv war der durchschnittliche Schmerz in den vergangenen 6 Monaten auf einer Skale von 0 "kein Schmerz" bis 10 "stärkster vorstellbarer Schmerz", gemeint sind Schmerzen die Sie gewöhnlich, d.h., oft empfunden haben?

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

4. Wie viele Tage sind Sie in den vergangenen 6 Monaten aufgrund Ihres Gesichtsschmerzes von der Ausübung Ihrer täglichen Aktivitäten (Arbeit, Schule, Haushalt) abgehalten worden?

..... Tage

5. Wie stark hat Ihr Gesichtsschmerz Sie in der Ausübung Ihrer täglichen Aktivitäten in den vergangenen 6 Monaten auf einer Skale von 0 "keine Beeinflussung" bis 10 "unmöglich, Aktivitäten auszuüben" beeinflusst?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
keine Beeinflussung — unmöglich Aktivitäten auszuüben

6. Wie stark haben sich Ihr Familienleben, Ihre sozialen Kontakte zu anderen Menschen und Ihre Fähigkeit sich zu erholen durch Ihren Gesichtsschmerz in den letzten 6 Monaten verändert?
Bitte auf einer Skale von 0 "keine Veränderung" bis 10 "extreme Veränderung" angeben.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
keine Veränderung — extreme Veränderung

7. Wie stark hat Ihr Gesichtsschmerz in den letzten 6 Monaten Ihre Fähigkeit zu arbeiten verändert (einschließlich Hausarbeit)?
Bitte auf einer Skale von 0 "keine Veränderung" bis 10 "extreme Veränderung" angeben.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
keine Veränderung — extreme Veränderung