

Name, Vorname des Kindes: .....

Datum: .....

## P-PDI ELTERNVERSION

# ALLGEMEINE UND KÖRPERLICHE BEEINTRÄCHTIGUNG DURCH DIE SCHMERZEN

WELCHE DER FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IHRES KINDES WURDEN IN DEN **LETZTEN 4 WOCHEN** DURCH DIE SCHMERZEN BEHINDERT? BITTE UMKREISEN SIE DIE JEWEILS AM EHESTEN ZUTREFFENDE ZIFFER (IN KLAMMERN STEHEN ALTERNATIVEN FÜR VORSCHLUKINDER)

	NIEMALS	SELTEN	MANCHMAL	HÄUFIG	IMMER
Familienleben genießen	1	2	3	4	5
Essen/Appetit	1	2	3	4	5
Freunde treffen	1	2	3	4	5
Sport	1	2	3	4	5
Schlafen	1	2	3	4	5
Fernsehen	1	2	3	4	5
Lesen	1	2	3	4	5
Hausaufgaben (oder: Malen, Basteln)	1	2	3	4	5
Schulbesuch (oder: Kindergarten)	1	2	3	4	5
Ins Kino gehen (oder: zum Spielplatz)	1	2	3	4	5
Lieblingsbeschäftigung	1	2	3	4	5
Ungeliebte Beschäftigungen	1	2	3	4	5

Gibt es noch andere Situationen, bei denen die Schmerzen Ihr Kind behindern oder beeinträchtigen? Oder möchten Sie einen Punkt etwas ausführlicher beschreiben?

.....

.....

.....