

Name, Vorname

Datum:

P-PDI SELBSTAUSKUNFT

DIE AUSWIRKUNGEN DER SCHMERZEN AUF DICH UND DEINEN ALLTAG

WENN DU SCHMERZEN HAST, WIE OFT STÖRTEN SIE DICH IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN BEI DEN FOLGENDEN BESCHÄFTIGUNGEN? UMKREISE BITTE DIE ZAHL, DIE DEINER MEINUNG NACH AM BESTEN PASST.

	NIEMALS	SELTEN	MANCHMAL	HÄUFIG	IMMER
Familienleben genießen	1	2	3	4	5
Essen/meinen 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	1	2	3	4	5
Schulbesuch	1	2	3	4	5
Ins Kino gehen	1	2	3	4	5
Lieblingsbeschäftigung	1	2	3	4	5
Ungeliebte Beschäftigungen	1	2	3	4	5

Fällt Dir noch etwas anderes ein, wobei Dich Deine Schmerzen stören? Oder möchtest Du einen Punkt etwas ausführlicher beschreiben? Hier kannst Du es aufschreiben:

.....

.....

.....