

Beiblatt Lebensqualität

Patientendaten

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

Einschätzung zur Lebensqualität

Beweglichkeit und Mobilität keine Probleme herumzugehen einige Probleme herumzugehen

starke Probleme herumzugehen ans Bett gebunden

Allgemeine Tätigkeiten keine Probleme einige Probleme nicht in der Lage
alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Angst und Niedergeschlagenheit ist nicht ist mäßig ist stark
ängstlich oder deprimiert

Selbstversorgung keine Probleme einige Probleme nicht in der Lage
für sich selbst zu sorgen

Schmerzen keine Schmerzen mäßige Schmerzen extreme Schmerzen

Schmerzen NRS 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Spannungsschmerz Druckschmerz Berührungsschmerz

Körperliche Beschwerden

Schweregefühl Spannungsgefühl Bewegungseinschränkungen

Anmerkungen

Empfehlung für Psychotherapie Schmerztherapie _____