

---

# Fragebogen Schmerz

## Brief Pain Inventory

Deutsche Version:

© Loick, Radbruch, Kiencke,  
Sabatowski (Klinik für Anästhesie,  
Universitätsklinik Köln),  
Lindena (Mundipharma, Limburg)

Englische Originalversion

erarbeitet durch

Pain Research Group

Department of Neurology

University of Wisconsin-Madison

Medical School

---

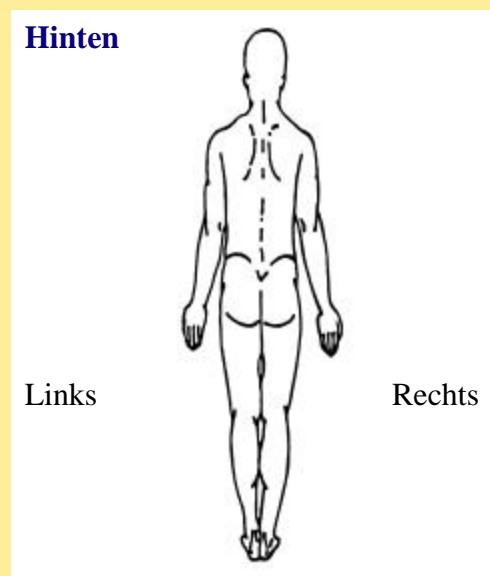
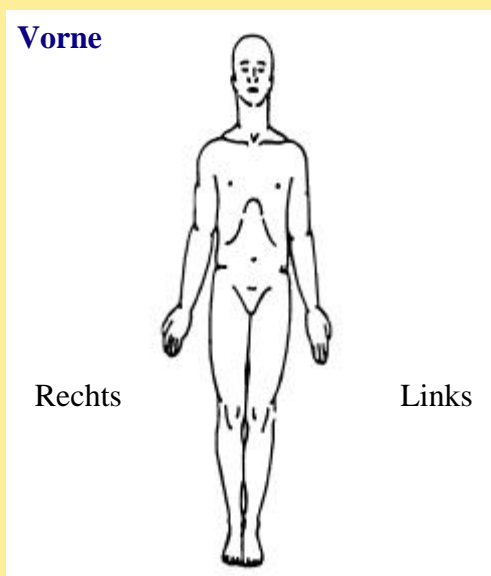
Datum:  Uhrzeit:   
Nachname:  Vorname:   
Geburtsdatum:  Geschlecht:  männlich  weiblich

**1 Die meisten von uns haben von Zeit zu Zeit Schmerzen (z. B. Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, bei Verstauchungen).**

Hatten Sie in den vergangenen 24 Stunden andere als diese Alltagsschmerzen?  ja  nein  
Heute?  ja  nein

Falls Sie eine der beiden letzten Fragen mit ja beantwortet haben, füllen Sie diesen Bogen bitte weiter aus. Falls Sie beide Fragen mit nein beantwortet haben, sind Sie mit diesem Fragebogen fertig. Danke.

**2 Bitte schraffieren Sie in der nachstehenden Zeichnung die Gebiete, in denen Sie Schmerzen haben. Makieren Sie mit "x" die Stelle, die Sie am meisten schmerzt:**



**3 Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre stärksten Schmerzen in den vergangenen 24 Stunden am besten beschreibt:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
kein Schmerz stärkste vorstellbare Schmerzen

**4 Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre geringsten Schmerzen in den vergangenen 24 Stunden am besten beschreibt:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
kein Schmerz stärkste vorstellbare Schmerzen

**5** Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre durchschnittlichen Schmerzen in den vergangenen 24 Stunden angibt!

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
kein Schmerz					stärkste vorstellbare Schmerzen					

**6** Kreisen Sie die Zahl ein, die aussagt, welche Schmerzen Sie im Moment haben!

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
kein Schmerz					stärkste vorstellbare Schmerzen					

**7** Welche Behandlungen oder Medikamente erhalten Sie gegen Ihre Schmerzen?

**8** Bitte denken Sie an die vergangenen 24 Stunden. Wieviel Schmerzlinderung haben Sie durch Behandlungen oder Medikamente erfahren?

Bitte kreisen Sie die Prozentzahl ein, die am besten die Schmerzlinderung beschreibt!

<b>0</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>40</b>	<b>50</b>	<b>60</b>	<b>70</b>	<b>80</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>
keine Linderung					vollständige Linderung					

**9** Bitte kreisen Sie die Zahl ein, die angibt, wie stark Ihre Schmerzen Sie in den vergangenen 24 Stunden beeinträchtigt haben:

**Allgemeine Aktivität**

<b>A</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
	Keine Beeinträchtigung					stärkste Beeinträchtigung					

**Stimmung**

<b>B</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
	Keine Beeinträchtigung					stärkste Beeinträchtigung					

**Gehvermögen**

<b>C</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
	Keine Beeinträchtigung					stärkste Beeinträchtigung					

**Normale Arbeit (sowohl außerhalb und Haushalt), Belastbarkeit**

<b>D</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
	Keine Beeinträchtigung					stärkste Beeinträchtigung					

**Beziehung zu anderen Menschen**

<b>E</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
	Keine Beeinträchtigung					stärkste Beeinträchtigung					

**Schlaf**

<b>F</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
	Keine Beeinträchtigung					stärkste Beeinträchtigung					

**Lebensfreude**

<b>G</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
	Keine Beeinträchtigung					stärkste Beeinträchtigung					