



Zentrum für
Schmerzmedizin

Centre de
la douleur

Centro
del dolore

Centre for
Pain Medicine

Fragebogen zur Schmerzerfassung für die Praxis

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

- Bitte malen Sie im nachfolgenden Körperschema ein, **wo** Sie **überall** Schmerzen haben:
 - Ihren Hauptschmerz kennzeichnen Sie bitte mit senkrechten Strichen (|||||)
 - Ihren 2. Schmerz mit Querstrichen (≡) und
 - Ihren 3. Schmerz sowie alle weiteren Schmerzarten mit Schrägstrichen (// / / /)



