

6. Wie sehr fühlten Sie sich **in der letzten Woche bedrückt/deprimiert**? Kreisen Sie eine Antwort ein.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
überhaupt nicht extrem

7. Wie hoch ist aus Ihrer Sicht das Risiko, dass Ihr Schmerz bleibend wird? Kreisen Sie eine Antwort ein.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kein Risiko hohes Risiko

8. Wie schätzen Sie die Chance ein, **in 3 Monaten** Ihren normalen Pflichten wieder nachkommen zu können? Kreisen Sie eine Antwort ein.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Keine Chance sehr große Wahrscheinlichkeit

*Es folgen zwei Aussagen von Patienten, die über ihre Schmerzen Auskunft gaben. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, welche Auswirkungen dies auf **Ihren** Körper hat oder hätte.*

9. Wenn der Schmerz zunimmt, ist dies ein Zeichen, dass ich mit dem, was ich gerade tue, aufhören sollte, bis dieser wieder abgenommen hat.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
überhaupt nicht einverstanden völlig einverstanden

10. Mit meinem momentanen Schmerz sollte ich meine normalen Aktivitäten **nicht** ausüben.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
überhaupt nicht einverstanden völlig einverstanden

Name:..... Alter:..... Datum:.....