

# Fear avoidance belief questionnaire

## deutsche Version

Es folgen Aussagen anderer Patienten über ihren Schmerz.

Bitte beurteilen Sie, inwieweit die jeweiligen Aussagen auf ihren Schmerz zutreffen.

Bitte kreuzen Sie für jede Aussage eine Nummer zwischen 0 und 6 an.

Die Wertung „6“ entspricht einer vollen Zustimmung.

Werten Sie mit „0“, dann stimmen Sie definitiv nicht zu. Die Zahlen im mittleren Bereich sind mit einer unentschiedenen Haltung gleichzusetzen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen gemäß Ihrem aktuellen Zustand. Sollten Sie momentan keine Beschwerden haben, dann bewerten Sie die Fragen entsprechend Ihrem Zustand in der vergangenen Woche.

Aussage	Wertung
1. Körperliche Betätigung verschlimmert meinen Schmerz.	0 1 2 3 4 5 6
2. Körperliche Betätigung könnte meinem Rücken schaden.	0 1 2 3 4 5 6
3. Ich sollte keine körperlichen Tätigkeiten verrichten, die meinen Schmerz verstärken (könnten).	0 1 2 3 4 5 6
4. Ich kann keine körperlichen Tätigkeiten verrichten, die meinen Schmerz verstärken (könnten).	0 1 2 3 4 5 6

Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie sich ihre normale Arbeit auf ihren Rücken auswirkt oder auswirken könnte.

Aussage	Wertung
5. Mein Schmerz wurde durch meine Arbeit oder durch einen Unfall bei meiner Arbeit verursacht.	0 1 2 3 4 5 6
6. Meine Arbeit verstärkte meinen Schmerz.	0 1 2 3 4 5 6
7. Meine Arbeit ist für mich zu schwer.	0 1 2 3 4 5 6
8. Meine Arbeit verstärkt (oder könnte) meine Schmerzen (verstärken).	0 1 2 3 4 5 6
9. Meine Arbeit schadet meinem Rücken.	0 1 2 3 4 5 6
10. Ich sollte meiner regulären Arbeit nicht mit meinen momentanen Schmerzen nachgehen.	0 1 2 3 4 5 6
11. Ich denke nicht, dass ich innerhalb von 3 Monaten zu meiner normalen Arbeit zurückkehren kann.	0 1 2 3 4 5 6

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_