












Stärke des Schmerzes		Beschreibung meiner Situation	
10		<b>Unerträglich</b>	Ich bin unfähig alltägliche Aktivitäten auszuführen. Ich bin aggressiv oder depressiv und kann nicht mehr selbständig agieren
9		<b>Quälend</b>	Meine Schmerzen sind so stark, dass es mir schwer fällt zu sprechen oder mich zu bewegen
8		<b>Schrecklich</b>	Meine Schmerzen sind so stark, dass ich kaum an etwas anderes denken kann. Sprechen und zuhören fällt mir schwer.
7		<b>Intensiv</b>	Ich habe ständig Schmerzen. Ich bin im Alltag eingeschränkt, mein Schlaf ist gestört
6		<b>Ermüdend</b>	Ich denke immer an meinen Schmerz und muss viele Tätigkeiten deswegen aufgeben, kann mich nicht konzentrieren
5		<b>Störend</b>	Ich denke fast immer an meinen Schmerz. Manche Tätigkeiten kann ich nicht mehr ausführen.
4		<b>Mäßig</b>	Ich spüre meinen Schmerz ständig, aber ich kann mich für eine gewisse Zeit ablenken
3		<b>Tolerierbar</b>	Der Schmerz ist störend, aber ich kann meistens damit umgehen
2		<b>Mild</b>	Ich fühle den Schmerz nur, wenn ich mich darauf konzentriere
1		<b>Minimal</b>	Ich nehme fast keinen Schmerz wahr
0		<b>Schmerzfrei</b>	Ich habe keine Schmerzen