

Brief Pain Inventory (BPI)

Deutsche Version:

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

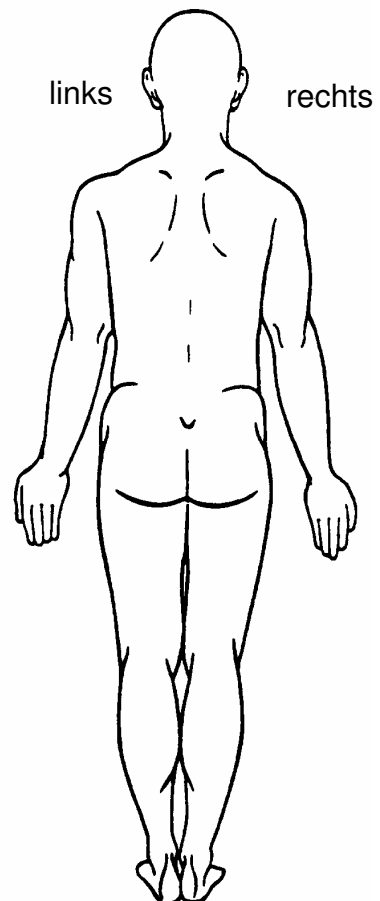
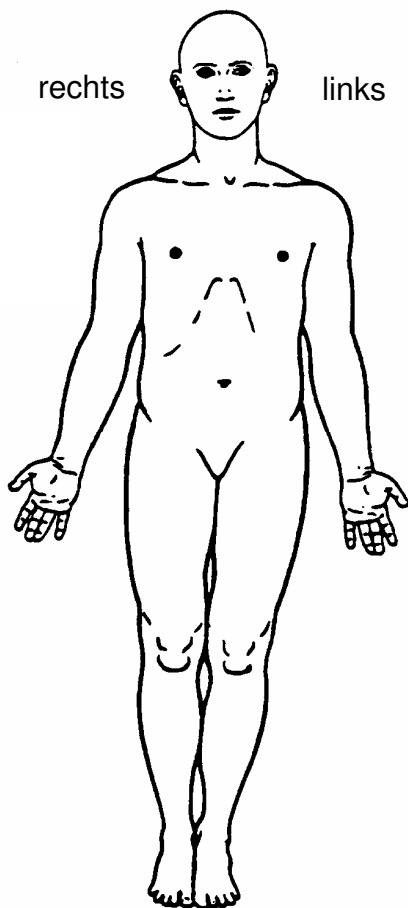
Englische Originalversion erarbeitet durch Pain Research Group, Department of Neurology,
University of Wisconsin-Madison Medical School

1 Die meisten von uns haben von Zeit zu Zeit Schmerzen (z. B. Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, bei Verstauchungen).
Hatten Sie **heute andere als diese Alltagsschmerzen**?

ja

nein

2 Schraffieren Sie in nachstehender Zeichnung die Gebiete, in denen Sie Schmerzen haben. Markieren Sie mit "X" die
Stelle, die Sie am meisten schmerzt.



3	Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre stärksten Schmerzen in den letzten 24 Stunden 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 letzten 24 Stunden 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 letzten 24 Stunden beschreibt:										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	kein Schmerz										stärkste vorstellbare Schmerzen

6	Kreisen Sie die Zahl ein, die aussagt, welche Schmerzen Sie in diesem Moment haben:										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	kein Schmerz										stärkste vorstellbare Schmerzen

7	Welche Behandlungen oder Medikamente erhalten Sie gegen Ihre Schmerzen?										
<hr/> <hr/>											

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 zeigt.										
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
	keine Linderung										vollständige Linderung

Bitte kreisen Sie die eine Zahl ein, die angibt, wie stark Ihre Schmerzen Sie in den vergangenen 24 Stunden beeinträchtigt haben:											
9	Allgemeine Aktivität										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung										vollständige Beeinträchtigung
10	Stimmung										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung										vollständige Beeinträchtigung
11	Gehvermögen										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung										vollständige Beeinträchtigung
12	Normale Arbeit (sowohl außerhalb des Hauses als auch Hausarbeit)										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung										vollständige Beeinträchtigung
13	Beziehung zu anderen Menschen										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung										vollständige Beeinträchtigung
14	Schlaf										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung										vollständige Beeinträchtigung
15	Lebensfreude										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	keine Beeinträchtigung										vollständige Beeinträchtigung

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!