

Etikette Inselgruppe

Keele STarT-MSK-G Fragebogen[©]

Version Selbsteinschätzung

Zur Beantwortung der Fragen 1 bis 9 denken Sie nur an die vergangenen zwei Wochen:

Schmerzintensität

1) Wie stark waren Ihre Schmerzen im Durchschnitt betrachtet [wenn 0 "keine Schmerzen" und 10 "stärkst-vorstellbare Schmerzen" bedeutet]?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie je Frage ein Kästchen an

Ja Nein

	Ja	Nein
2) Sind Sie oft unsicher, wie Sie mit Ihrem Schmerzzustand umgehensollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen stark durch Ihre Schmerzen gestört gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Konnten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen nur kurze Wege gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Hatten Sie störende Gelenk- oder Muskelschmerzen an mehr als einem Körperteil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Denken Sie, dass Ihr Zustand lange anhalten wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Haben Sie andere bedeutsame Gesundheitsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen aufgrund von Schmerzen niedergeschlagen oder depressiv gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Denken Sie, dass es für jemanden in Ihrem Zustand schädlich ist, körperlich aktiv zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Haben Sie Ihre derzeitige Schmerzproblematik seit 6 Monaten oder länger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>