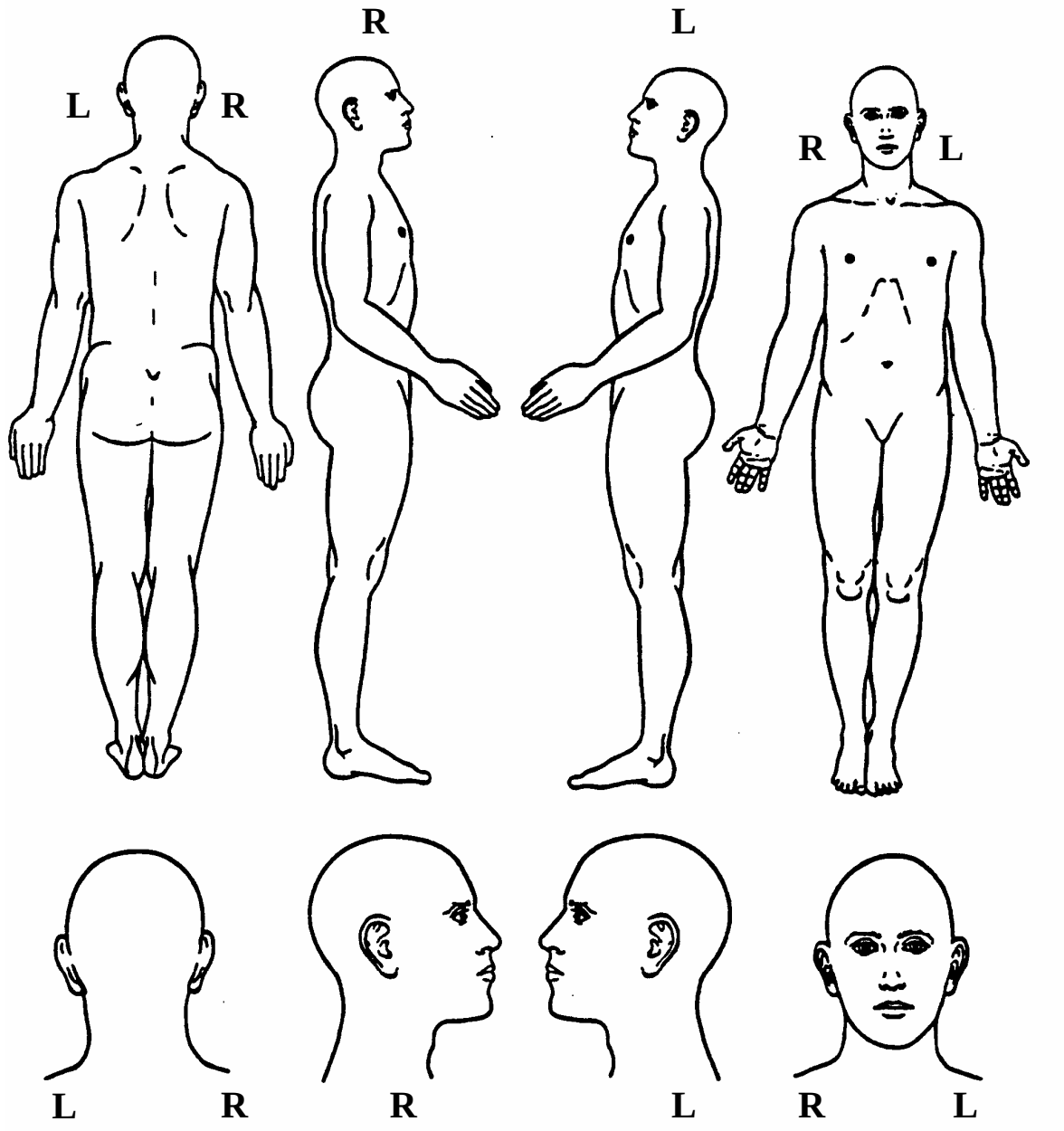
Name, Vorname_____ Datum: _____/_____/_____
Geburtsdatum ___ / ____ / _____



<u>Schmerzskala</u>:0 bedeutet kein Schmerz, 10 bedeutet unvorstellbare Schmerzen

	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Wie stark sind Ihre Schmerzen im **Durchschnitt** ?											
Wie stark sind die Schmerzen, wenn sie **am schlimmsten** sind?											