

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie haben den Schmerzfragebogen unserer Klinik erhalten. Durch Ihre Angaben bekommen wir wichtige Informationen für die Diagnose und Therapie Ihres Schmerzproblems. Die Daten sind Teil Ihrer persönlichen Krankengeschichte und werden gemäss Arztgeheimnis vertraulich behandelt.

Wir bitten Sie, den Fragebogen vollständig zu beantworten.

Vielen Dank!

Datum: .....

Personalien:

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Strasse: .....

PLZ: ..... Wohnort: .....

**Hinweis:**

Die klinische Problemstellung des/der Patienten/in soll bitte in einem Begleitbrief vom Arzt kurz dargestellt werden (Diagnose, Kurzverlauf, Medikation, Fragestellung).

1. Malen Sie bitte in das folgende Körperschema ein, wo Sie zurzeit noch überall Schmerzen haben.

⊗ = grössere Schmerzflächen

X = lokaler Schmerz

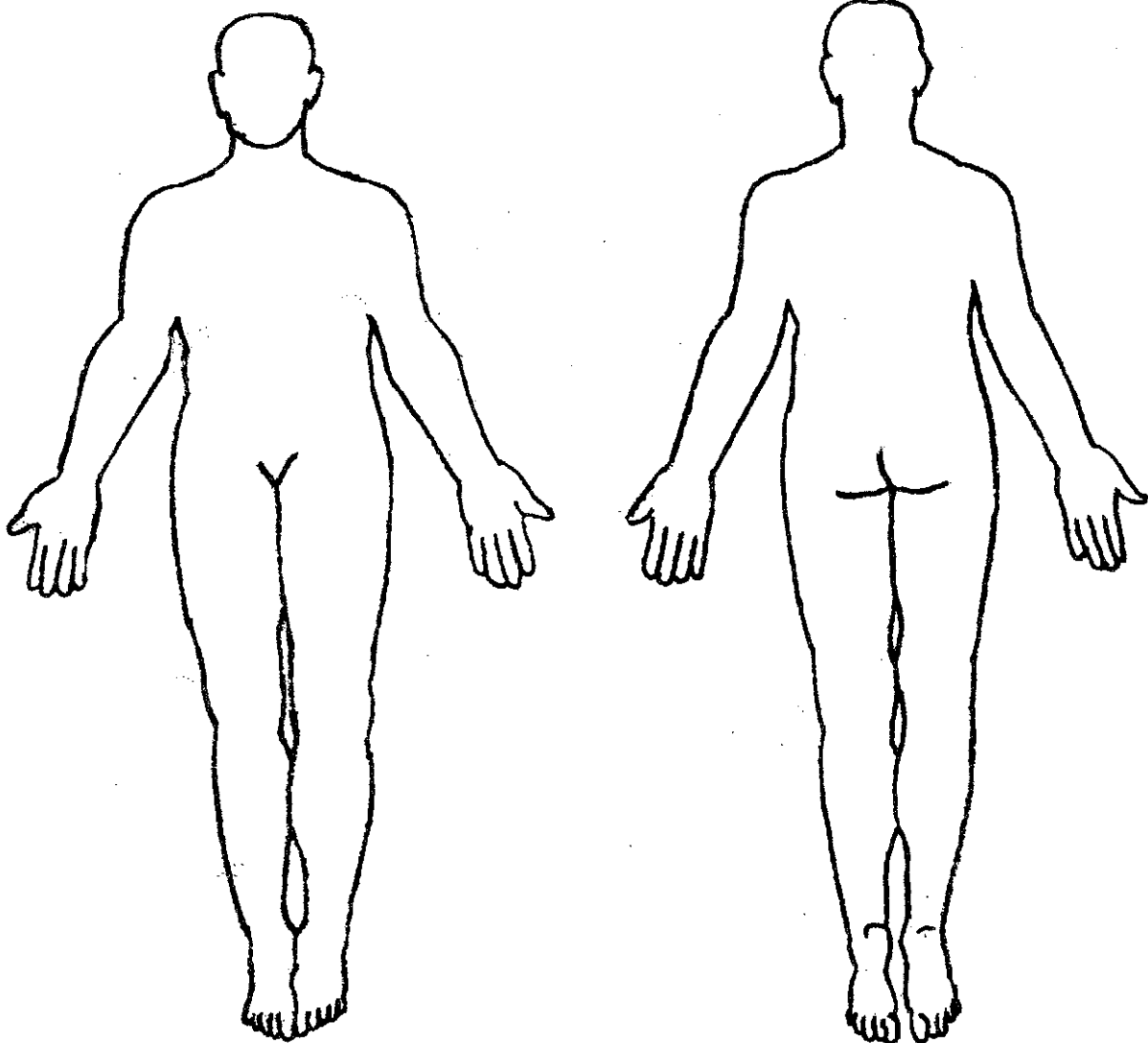
↓ = Schmerzausstrahlung

rechts

links

links

rechts



**2.** Seit wann bestehen Ihre Hauptschmerzen?

Seit \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

**3.** Welche Ereignisse haben zu den jetzigen Schmerzen geführt?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verletzung / Unfall     | <input type="checkbox"/> Seelische Belastung |
| <input type="checkbox"/> Krankheit               | <input type="checkbox"/> Operation           |
| <input type="checkbox"/> Ohne erkennbaren Grund  |  |
| <input type="checkbox"/> Anderes Ereignis: _____ |  |

**4.** Wie fühlen sich Ihre Hauptschmerzen an?

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr die folgende Beschreibung auf Sie zutrifft.

|   | Trifft<br>genau<br>zu    | Trifft<br>weitge-<br>hend zu | Trifft<br>wenig<br>zu    | Trifft<br>nicht<br>zu    |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Ich empfinde meine Schmerzen als quälend.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Ich empfinde meine Schmerzen als grausam.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Ich empfinde meine Schmerzen als erschöpfend.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Ich empfinde meine Schmerzen als heftig.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Ich empfinde meine Schmerzen als mörderisch.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Ich empfinde meine Schmerzen als elend.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Ich empfinde meine Schmerzen als schauerhaft.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Ich empfinde meine Schmerzen als scheusslich.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Ich empfinde meine Schmerzen als schwer.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Ich empfinde meine Schmerzen als entnervend.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Ich empfinde meine Schmerzen als marternd.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) Ich empfinde meine Schmerzen als furchtbar.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) Ich empfinde meine Schmerzen als unerträglich.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14) Ich empfinde meine Schmerzen als lähmend.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) Ich empfinde meine Schmerzen als schneidend.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16) Ich empfinde meine Schmerzen als klopfend.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17) Ich empfinde meine Schmerzen als brennend.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18) Ich empfinde meine Schmerzen als reissend.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19) Ich empfinde meine Schmerzen als pochend.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20) Ich empfinde meine Schmerzen als glühend.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21) Ich empfinde meine Schmerzen als stechend.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22) Ich empfinde meine Schmerzen als hämmernd.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23) Ich empfinde meine Schmerzen als heiss.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24) Ich empfinde meine Schmerzen als durchstossend..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Bitte geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Hauptschmerzen an. Kreuzen Sie bitte an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden.

**0 = kein Schmerz**

**10 = stärkster vorstellbarer Schmerz**

Geben Sie jetzt bitte Ihre **grösste Schmerzstärke** während der letzten Woche an:

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Kein  
Schmerz

Stärkster vorstellbarer  
Schmerz

Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten Woche an:

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Kein  
Schmerz

Stärkster vorstellbarer  
Schmerz

Geben Sie jetzt bitte an, welche Schmerzstärke für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Kein  
Schmerz

Stärkster vorstellbarer  
Schmerz

6. Wie wirken sich die unten genannten Bedingungen auf Ihre Schmerzen aus?

|  | Lindernd                 | Kein Einfluss            | Verstärkend              |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Allgemeine körperliche Belastung.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Längeres Sitzen .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Längeres Stehen.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Längeres Gehen .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Sich ausruhen, hinlegen.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Häufiger Lagewechsel, herumlaufen.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Ruhig halten.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Sich zusammenkrümmen.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Kopf drehen.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Stress, Ärger, Aufregung.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Freude.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) Ablenkung.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) Entspannung.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14) Kälteeinwirkung.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) Wärmeeinwirkung.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16) Bestimmte Nahrungsmittel, Getränke.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17) Kauen, Schlucken.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18) Husten, Niesen.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19) Zimmer verdunkeln.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20) Druck auf die Schmerzstelle.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21) Massieren der Schmerzstelle.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22) Leichte Berührung der Schmerzstelle..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23) Alkohol.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24) Menstruation.....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**7. Welche Ärzte haben Sie bisher wegen Ihres Schmerzproblems aufgesucht und mit welchem Erfolg?**

|   | Nicht auf-<br>sucht      | Erfolg                   | Teil-<br>erfolg          | Kein Er-<br>folg         |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Allgemeinarzt/in, Hausarzt/in, Internist/in..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Augenarzt/in.....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Endokrinologe (Hormonspezialist/in) .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Frauenarzt/in.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Neurochirurg/in.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Naturheilarzt/in.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Neurologe/in.....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Psychiater/in, Psychologe/in.....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Rheumatologe/in.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Zahnarzt/in.....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Andere Ärzte/innen                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche: _____                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**8. Welche der folgenden Behandlungen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt und wie war der Erfolg?**

|  | Nicht ange-<br>wandt     | Erfolg                   | Teil-<br>erfolg          | Kein Er-<br>folg         |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Physiotherapie.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Fussreflexzonen-Massage.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Wärme-/Kältebehandlung (z.B. Fango/Eis) .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Elektrotherapie, TENS.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Manuelle Medizin, Chiropraktik.....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Badekuren.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Akupunktur, Akupressur.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Behandlung durch Heilpraktiker/in.....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Therapeut. Lokalanästhesie, Neuraltherapie.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Regionalanästhesie (z.B. Periduralkatheter,<br>Nervenblockaden)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Medikamentenpumpe (implantiert) .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) Rückenmarkstimulator.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) Tabletten, Infusionen.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14) Entspannungstherapie (z.B. Autogenes Training) .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) Biofeedback.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16) Psychotherapie.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17) Anderes Verfahren  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welches: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**9. Leiden Sie an Schlafstörungen?**

Nein  Ja

| Wenn ja, können Sie....                                 | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ... wegen Ihrer Schmerzen nicht einschlafen?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wegen Ihrer Schmerzen nicht durchschlafen?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... unabhängig von Ihren Schmerzen nicht einschlafen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... unabhängig von Ihren Schmerzen nicht durchschlafen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Geben Sie möglichst alle Medikamente an, die Sie **jemals** eingenommen haben. Bitte geben Sie auch an, ob Sie die Medikamente regelmässig einnehmen (z.B. 3 x 1 Tbl. Täglich) oder nur nach Bedarf. Bei zu wenig Platz, schreiben Sie bitte auf der Rückseite weiter.

| Medikament               | Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen) | Dosierung     | Zeitraum       |
|--------------------------|------------------------------------|---------------|----------------|
| Beispiel:<br>Paracetamol | Tabl. à 500 g                      | 3 x 1 pro Tag | Jan.-März 1996 |
|                          |                                    |               |                |
|                          |                                    |               |                |
|                          |                                    |               |                |
|                          |                                    |               |                |
|                          |                                    |               |                |
|                          |                                    |               |                |

11. Welche Operationen wurden bei Ihnen **je** durchgeführt? Bei zu wenig Platz, schreiben Sie bitte auf der Rückseite weiter.

| Art der Operation | Wann |
|-------------------|------|
|                   |      |
|                   |      |
|                   |      |
|                   |      |
|                   |      |

12. Leiden oder litten Sie seit dem Erwachsenenalter an anderen schwerwiegenden Erkrankungen wie zum Beispiel an einem Tumor?

Welche Erkrankung, seit wann ungefähr?: \_\_\_\_\_

- 13.** Bitte geben Sie im Folgenden an, **wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in den verschiedenen Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt sind**. Wie sehr hindern die Schmerzen Sie daran, ein normales Leben zu führen? Bitte kreuzen Sie für jeden der sieben Lebensbereiche die Zahl an, die die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt. Ein Wert von **0** bedeutet überhaupt keine Beeinträchtigung, und ein Wert von **10** gibt an, dass Sie in diesem Bereich völlig beeinträchtigt sind.

**Familiäre und häusliche Verpflichtungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung und Gartenarbeiten).

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Keine Beeinträchtigung Völlige Beeinträchtigung

**Erholung** (dieser Bereich umfasst Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten).

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Keine Beeinträchtigung Völlige Beeinträchtigung

**Soziale Aktivitäten** (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Feste, Theater- und Konzertbesuche, Essen gehen usw.).

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Keine Beeinträchtigung Völlige Beeinträchtigung

**Beruf** (dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufes sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben, gemeint ist auch Hausfrauentätigkeit).

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Keine Beeinträchtigung Völlige Beeinträchtigung

**Sexualleben** (Hat sich durch die Schmerzen eine Veränderung in Ihrem Sexualleben ergeben?).

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Keine Beeinträchtigung Völlige Beeinträchtigung

**Selbstversorgung** (dieser Bereich umfasst Aktivitäten, die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z.B. sich waschen und anziehen, Auto fahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein).

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Keine Beeinträchtigung Völlige Beeinträchtigung

**Lebensnotwendige Tätigkeiten** (dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen).

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Keine Beeinträchtigung Völlige Beeinträchtigung

14. Man weiss heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die folgenden Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung. Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrif. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie keine Frage aus. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

**Ich fühle mich angespannt oder überreizt**

- meistens
- oft
- von Zeit zu Zeit /gelegentlich
- überhaupt nicht

**Ich kann mich heute noch so freuen wie früher**

- ganz genau so
- nicht ganz so sehr
- nur noch ein wenig
- kaum oder gar nicht

**Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte**

- ja, sehr stark
- ja, aber nicht allzu stark
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

**Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen**

- ja, so viel wie immer
- nicht mehr ganz so viel
- inzwischen viel weniger
- überhaupt nicht

**Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf**

- einen Grossteil der Zeit
- verhältnismässig oft
- von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- nur gelegentlich/nie

**Ich fühle mich glücklich**

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

**Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen**

- ja, natürlich
- gewöhnlich schon
- nicht oft
- überhaupt nicht

**Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst**

- fast immer
- sehr oft
- manchmal
- überhaupt nicht

**Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend**

- überhaupt nicht
- gelegentlich
- ziemlich oft
- sehr oft

**Ich habe das Interesse an meiner äusseren Erscheinung verloren**

- ja, stimmt genau
- ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ich kümmere mich so viel darum wie immer

**Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein**

- ja, tatsächlich sehr
- ziemlich
- nicht sehr
- überhaupt nicht

**Ich blicke mit Freude in die Zukunft**

- ja, sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- kaum bis gar nicht

**Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand**

- ja, tatsächlich sehr oft
- ziemlich oft
- nicht sehr oft
- überhaupt nicht

**Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen**

- oft
- manchmal
- eher selten
- sehr selten

## 15. Sozialsituation

Beruf: .....

ohne Beruf     Anlehre     Lehre     Mittlere Reife     Hochschulabschluss

Arbeitsverhältnis:  Ja     Nein     Teilzeit, in %: .....     Aktuelle AUF, %: .....

Lohn     Sozialhilfe     IV, %: .....     EL     ALV     Taggeld, bis: .....

AHV     Schulden

wohnt alleine     mit Partner     WG     Familie, Anzahl Kinder: .....

Angemeldet:  IV     SUVA     Andere: .....     Beistand     Vormund

Anwalt: .....     Rechtsverfahren mit: .....

Aufenthaltsbewilligung  A     B     C     L     N     S

Beratungsstellen (RAV, Gewerkschaft, Pro Infirmis, Sozialdienst u.a.): .....

## 16. Pflegesituation

Mobilität:     Selbständig     Unterstützung: .....     Rollstuhl

Betreuung im Alltag:  Selbständig     Unterstützung: .....     pflegeabhängig

Sonstige Bemerkungen: .....