

1. **Wo haben Sie ihre Schmerzen? (Mehrfachnennung möglich)**

Nacken Schultern oberer Rücken unterer Rücken Beine anderes Körperteil

2. **Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen in der letzten Woche?**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
keine Schmerzen *stärkste vorstellbare Schmerzen*

3. **Ich kann eine Stunde lang leichte Arbeit verrichten.**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
ohne Beeinträchtigung möglich *wegen Schmerzen überhaupt nicht möglich*

4. **Ich kann eine Stunde lang spazieren gehen.**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
ohne Beeinträchtigung möglich *wegen Schmerzen überhaupt nicht möglich*

5. **Ich kann meine übliche Hausarbeit erledigen.**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
ohne Beeinträchtigung möglich *wegen Schmerzen überhaupt nicht möglich*

6. **Ich kann die Einkäufe erledigen.**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
ohne Beeinträchtigung möglich *wegen Schmerzen überhaupt nicht möglich*

7. **Waren Sie in der letzten Woche traurig oder niedergeschlagen?**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
überhaupt nicht *in extremer Weise*

8. **Wie angespannt oder besorgt haben Sie sich in der letzten Woche gefühlt?**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
vollkommen ruhig und entspannt *vollkommen angespannt und besorgt*

9. **Körperliche Aktivität verstärkt meine Rückenschmerzen.**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
stimmt gar nicht *stimmt vollkommen*

10. **Zunehmende Rückenschmerzen zeigen mir, dass ich das, was ich gerade tue, unterbrechen sollte, bis der Schmerz nachlässt.**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
stimmt gar nicht *stimmt vollkommen*