

GCPS 2.0

15. An ungefähr wie vielen Tagen hatten Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen im Gesichtsbereich?

\_\_\_\_\_ Tage

*In den folgenden Fragen 11 bis 14 geht es um die Stärke Ihrer Schmerzen im Gesichtsbereich. Sie können die Angaben jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben/hatten, der Wert 10 bedeutet, dass die Schmerzen nicht schlimmer sein könnten. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.*

16. Wie würden Sie Ihre Schmerzen im Gesichtsbereich, wie sie in diesem Augenblick sind, einstufen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein										stärkster
Schmerz										vorstellbarer
										Schmerz

17. Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den vergangenen 30 Tagen Schmerzen im Gesichtsbereich hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein										stärkster
Schmerz										vorstellbarer
										Schmerz

18. Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den vergangenen 30 Tagen Schmerzen im Gesichtsbereich hatten, wie würden Sie die *durchschnittliche* Stärke der Schmerzen einstufen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein										stärkster
Schmerz										vorstellbarer
										Schmerz

19. An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den vergangenen 30 Tagen aufgrund Ihrer Schmerzen im Gesichtsbereich Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen?

\_\_\_\_\_ Tage

*In den folgenden Fragen 15 bis 19 geht es um die Beeinträchtigung von Aktivitäten durch Schmerzen im Gesichtsbereich. Sie können Ihre Angaben jeweils auf einer Skala von 0 bis 10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet keine Beeinträchtigung, der Wert 10 bedeutet, dass Sie außerstande sind/waren, irgendetwas zu tun. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.*

**20. Inwieweit haben Ihre Schmerzen im Gesichtsbereich Sie in den vergangenen 30 Tagen bei Ihren alltäglichen Beschäftigungen beeinträchtigt?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine										Ich war außerstande,
Beeinträchtigung										irgendetwas zu tun.

**21. Inwieweit haben in den vergangenen 30 Tagen die Schmerzen im Gesichtsbereich Ihre Fähigkeit an Familien- oder Freizeitaktivitäten teilzunehmen oder sich zu entspannen, beeinträchtigt?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine										Ich war außerstande,
Beeinträchtigung										irgendetwas zu tun.

**22. Inwieweit haben in den vergangenen 30 Tagen die Schmerzen im Gesichtsbereich Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre Arbeit/Hausarbeit zu verrichten?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine										Ich war außerstande,
Beeinträchtigung										irgendetwas zu tun.