

## Visuelle Analogskala – Schmerz

**Name Patient:**

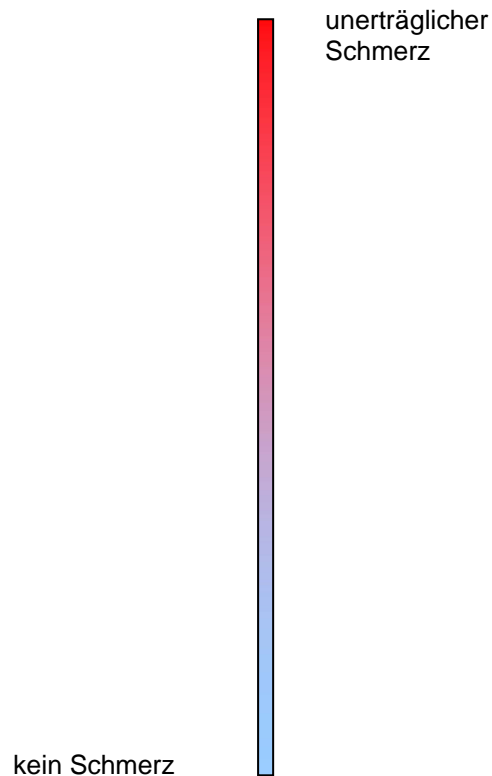
**Datum:**

Bitte machen Sie auf der senkrechten Linie eine Markierung, die Ihren stärksten Schmerz

- innerhalb der letzten Stunde
- innerhalb der vergangenen 24 Stunden
- innerhalb der letzten 7 Tage

angibt.

(nur eine Möglichkeit auswählen – bitte vereinbaren Sie mit Ihrer Physiotherapeutin/Ihrem Therapeuten, welche der drei Möglichkeiten für Sie am aussagefähigsten ist; die anderen beiden Möglichkeiten streichen Sie bitte durch).



Schmerzangabe des Patienten in cm  
(Abstand vom unteren Ende der VAS):

Therapeutin/Therapeut:

## Visuelle Analogskala – Schmerz

**Name Patient:**

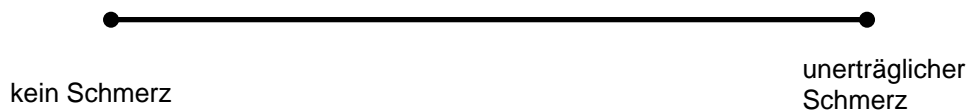
**Datum:**

Bitte machen Sie auf der waagrechten Linie eine Markierung, die Ihren stärksten Schmerz

- innerhalb der letzten Stunde oder
- innerhalb der vergangenen 24 Stunden oder
- innerhalb der letzten 7 Tage

angibt.

(nur eine Möglichkeit auswählen – bitte vereinbaren Sie mit Ihrer Physiotherapeutin/Ihrem Therapeuten, welche der drei Möglichkeiten für Sie am aussagefähigsten ist; die anderen beiden Möglichkeiten streichen Sie bitte durch).



Schmerzangabe des Patienten in cm  
(Abstand vom unteren Ende der VAS):

Therapeutin/Therapeut: