

Individuelles Behandlungsziel

In dieser Umfrage sind 1 Fragen enthalten.

Behandlungsziel

Bitte geben Sie im Folgenden an, welche Schmerzstärke für Sie bei einer erfolgreichen Behandlung erträglich wäre (sog. individuelles Behandlungsziel IBZ).

Die Zahlen an den Enden der Skala können Ihnen bei der Angabe helfen.

Ein **IBZ-Wert von 0** bedeutet z.B., dass Sie als Ihr individuelles Behandlungsziel eine **absolute Schmerzfreiheit** erwarten.

Ein **IBZ-Wert von 30** bedeutet z.B., dass Sie eine **Schmerzlinderung auf 30** (oder weniger) als für Sie wünschenswertes Behandlungsziel anstreben und der Ansicht sind, mit dieser Schmerzintensität Ihr Leben wieder in den Griff zu bekommen.

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

Jede Antwort muss zwischen 0 und 100 sein
Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

0 = kein Schmerz



100 = stärkst
vorstellbarer Schmerz

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.