

Zeitabhängigkeit

In dieser Umfrage sind 12 Fragen enthalten.

Zeitabhängigkeit

Sind Ihre Schmerzen **zu bestimmten Zeiten** besonders stark?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Zu einer (mehreren) bestimmten **Tageszeit(en)**.

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Morgens

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐

8 Uhr

☐

7 Uhr

☐

6 Uhr

☐

5 Uhr

Bitte geben Sie **alle** Tageszeiten an, zu denen Ihre Schmerzen besonders stark sind.

Vormittags

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐

10 Uhr

☐

9 Uhr

☐

11 Uhr

Bitte geben Sie **alle** Tageszeiten an, zu denen Ihre Schmerzen besonders stark sind.

Mittags

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐

12 Uhr

☐

13 Uhr

Bitte geben Sie **alle** Tageszeiten an, zu denen Ihre Schmerzen besonders stark sind.

Nachmittags

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐

17 Uhr

☐

16 Uhr

☐

15 Uhr

☐

14 Uhr

Bitte geben Sie **alle** Tageszeiten an, zu denen Ihre Schmerzen besonders stark sind.

Abends

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐

22 Uhr

☐

21 Uhr

☐

20 Uhr

☐

19 Uhr

☐

18 Uhr

Bitte geben Sie **alle** Tageszeiten an, zu denen Ihre Schmerzen besonders stark sind.

Nachts

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐

4 Uhr

☐

3 Uhr

☐

2 Uhr

☐

1 Uhr

☐

24 Uhr

☐

23 Uhr

Bitte geben Sie **alle** Tageszeiten an, zu denen Ihre Schmerzen besonders stark sind.

Zu einer (mehreren) bestimmten **Jahreszeit(en)**.

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
- ☐ Nein

MUSTER

Zu welcher(/n) **Jahreszeit(en)** sind Ihre Schmerzen besonders stark?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐

Frühling

☐

Sommer

☐

Herbst

☐

Winter

Bitte geben Sie **alle** Jahreszeiten an, zu denen Ihre Schmerzen besonders stark sind.

An einem (mehreren) bestimmten **Wochentag(en)**.

Bitte wählen Sie nur **eine** der folgenden Antworten aus:

☐ Ja

☐ Nein

An welchem(/n) **Wochentag(en)** sind Ihre Schmerzen besonders stark?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐

Mo

Montag

☐

Di

Dienstag

☐

Mi

Mittwoch

☐

Do

Donnerstag

☐

Fr

Freitag

☐

Sa

Samstag

☐

So

Sonntag

Bitte geben Sie **alle** Wochentage an, zu denen Ihre Schmerzen besonders stark sind.

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