

FABQ

In dieser Umfrage sind 16 Fragen enthalten.

FABQ - Fear Avoidance Beliefs Questionnaire

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Einfluss körperlicher Aktivitäten oder Arbeit auf Ihre Schmerzen.

Bitte wählen Sie für jede Aussage den **Wert zwischen 0 und 6** aus, der am besten ausdrückt, wie stark körperliche Aktivitäten oder Arbeit **Ihre Schmerzen beeinflussen**.

Der Wert **0** bedeutet "**vollständig nicht einverstanden**".

Der Wert **3** bedeutet "**weiß nicht**".

Der Wert **6** bedeutet "**vollständig einverstanden**".

Meine Schmerzen wurden durch eine körperliche Arbeit verursacht. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Körperliche Aktivität verstärkt meine Schmerzen. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Körperliche Aktivität könnte meiner schmerzenden Körperregion schaden. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Ich sollte körperliche Aktivitäten vermeiden, die (vielleicht) meine Schmerzen verstärken. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Ich kann körperliche Aktivitäten nicht ausführen, die (vielleicht) meine Schmerzen verstärken. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Meine Schmerzen wurden durch meine Arbeit oder einen Unfall bei meiner Arbeit ausgelöst. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Meine Arbeit verstärkte meine Schmerzen. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Ich habe wegen meiner Schmerzen einen Anspruch auf eine Rente. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Meine Arbeit ist zu anstrengend für mich. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Meine Arbeit verstärkt meine Schmerzen. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Meine Arbeit könnte meiner schmerzende Körperregion schaden. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Ich sollte meine tägliche Arbeit mit meinen jetzigen Schmerzen nicht ausführen. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Ich kann mit meinen jetzigen Schmerzen meine tägliche Arbeit nicht mehr ausführen. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Ich kann meine tägliche Arbeit nicht ausführen, bevor meine Schmerzen behandelt werden. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Ich glaube, dass ich in den nächsten 3 Monaten nicht normal arbeiten gehen kann. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Ich glaube, dass ich nie wieder normal arbeiten kann. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

MUSTER