



## ENGLISCH/ENGLISH

### 3. Schmerzen *-pain*

#### SEIT WANN HABEN SIE SCHMERZEN?

#### SINCE WHEN ARE YOU WITH/IN PAIN?

- |   |                  |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> ein paar Stunden | For a few hours  |
| <input type="checkbox"/> 1 Tag            | 1 day            |
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage     | 2 to 6 hours     |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche     | More than 1 week |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat          | 1 month          |
| <input type="checkbox"/> Immer            | Always           |

#### Wann haben Sie Schmerzen?

#### When do you feel the pain?

- |                                  |                |
|----------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Nachts  | At night       |
| <input type="checkbox"/> Morgens | In the morning |
| <input type="checkbox"/> Mittags | At noon        |
| <input type="checkbox"/> Abends  | In the evening |
| <input type="checkbox"/> Immer   | Always         |

#### Gab es ein auslösendes Ereignis? Wenn ja:

#### Has there been a triggering incident?

- |  |              |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Sturz             | Fall         |
| <input type="checkbox"/> Unfall            | Accident     |
| <input type="checkbox"/> andere Verletzung | Other injury |

#### Sind die Schmerzen situationsabhängig?

#### Does the pain depend on the situation?

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein, ich habe immer Schmerzen.               | No, I am always in pain           |
| <input type="checkbox"/> Ja, die Schmerzen treten<br>unregelmäßig auf. | Yes, the pain occurs unfrequently |

#### Wenn ja:

#### If so:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> beim Essen         | While eating             |
| <input type="checkbox"/> nach dem Essen     | After eating             |
| <input type="checkbox"/> beim Toilettengang | While using the restroom |
| <input type="checkbox"/> bei Bewegung       | While moving             |



- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> bei der Atmung | <i>While breathing more intense than normal</i> |
| <input type="checkbox"/> beim Schlucken | <i>While swallowing</i>                         |
| <input type="checkbox"/> in Ruhe        | <i>At rest</i>                                  |

**Welche Qualität haben die Schmerzen?**

**How do you describe the pain?**

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Konstant</i>    | <i>Constant</i>         |
| <input type="checkbox"/> <i>Pulsierend</i>  | <i>pulsatile</i>        |
| <input type="checkbox"/> <i>Dumpf</i>       | <i>dull</i>             |
| <input type="checkbox"/> <i>Brennend</i>    | <i>burning</i>          |
| <input type="checkbox"/> <i>Stechend</i>    | <i>penetrative</i>      |
| <input type="checkbox"/> <i>Diffus</i>      | <i>diffuse</i>          |
| <input type="checkbox"/> <i>Krampfartig</i> | <i>Crampy/spasmodic</i> |