Pain Disability Index – PDI (deutsche Version):
Messung der Beeinträchtigung durch Schmerzen

REHAKTIVRÜGGE
PHYSIOTHERAPIE

Patient: _____ **geb.:** _____

Datum: _____

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in den verschiedenen Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt sind. Das heißt: Wie sehr hindern die Schmerzen Sie daran, ein normales Leben zu führen? Kreuzen Sie bitte für jeden der sieben Lebensbereiche die Zahl an, die die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, und ein Wert von 10 gibt an, dass Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.

1. **Familiäre und häusliche Verpflichtungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeiten)

   [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
   keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

2. **Erholung** (dieser Bereich umfasst Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten)

   [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
   keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

3. **Soziale Aktivitäten** (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Feste, Theater - und Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)

   [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
   keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

4. **Beruf** (dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben; gemeint ist auch Hausfrauen(männer)tätigkeit)

   [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
   keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

5. **Sexualleben** (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

   [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
   keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

6. **Selbstversorgung** (dieser Bereich umfasst Aktivitäten, die Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z.B. sich waschen und anziehen, Autofahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein)

   [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
   keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

7. **Lebensnotwendige Tätigkeiten** (dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen)

   [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
   keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

Bitte prüfen Sie nochmals, ob Sie alle 7 Feststellungen beantwortet haben.