

Appendix S1. Amended additional questions regarding pain status.

Ihr Alter : \_\_\_\_\_ Jahre

Ihr Geschlecht

männlich

weiblich

Wie häufig nehmen Sie Schmerzmittel ein?

täglich

1-3 x / Woche

1-3 / Monat

seltener

nie

Welcher Arzt hat Ihnen die Schmerzmittel verordnet?

Hausarzt

Hautarzt

Helpfen Ihnen die verordneten Schmerzmittel?

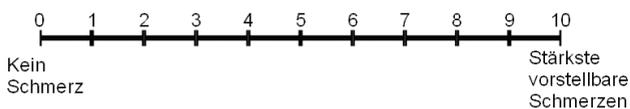
Ja

Nein

Etwas

Welche Schmerzmittel nehmen Sie wie häufig und in welcher Dosierung ein?

Wie stark schätzen Sie auf einer Skala von 0-10 Ihre Schmerzen der letzten Woche ein?



Wie schätzen Sie auf einer Skala von 0-100 Ihren jetzigen Gesundheitszustand? Bitte kennzeichnen sie mit einem Pfeil den Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

schlechtester Gesundheitszustand

bester denkbarer Gesundheitszustand

