Name, Vorname des Kindes: .....

Datum: .....

P-PDI ELTERNVERSION

ALLGEMEINE UND KÖRPERLICHE BEEINTRÄCHTIGUNG DURCH DIE SCHMERZEN

WELCHE DER FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IHRES KINDES WURDEN IN DEN **LETZTEN 4 WOCHEN** DURCH DIE SCHMERZEN BEHINDERT? BITTE UMKREISEN SIE DIE JEWEILS AM EHESTEN ZUTREFFENDE ZIFFER (IN KLAMMERN STEHEN ALTERNATIVEN FÜR VORSCHLUKINDER)

	NIEMALS	SELTEN	MANCHMAL	HÄUFIG	IMMER
Familienleben genießen	1	2	3	4	5
Essen/Appetit	1	2	3	4	5
Freunde treffen	1	2	3	4	5
Sport	1	2	3	4	5
Schlafen	1	2	3	4	5
Fernsehen	1	2	3	4	5
Lesen	1	2	3	4	5
Hausaufgaben (oder: Malen, Basteln)	1	2	3	4	5
Schulbesuch (oder: Kindergarten)	1	2	3	4	5
Ins Kino gehen (oder: zum Spielplatz)	1	2	3	4	5
Lieblingsbeschäftigung	1	2	3	4	5
Ungeliebte Beschäftigungen	1	2	3	4	5

Gibt es noch andere Situationen, bei denen die Schmerzen Ihr Kind behindern oder beeinträchtigen? Oder möchten Sie einen Punkt etwas ausführlicher beschreiben?

.....

.....

.....

Englische Originalversion „Pediatric Pain Disability Index (P-PDI)“ von Varni et al., Pain, 1987
Deutsche Übersetzung: Deutsches Kinderschmerzzentrum (Hübner et al., Schmerz, 2009)