MESSUNG DES AUFTRETENS VON MSE

SAU
KAU

MESSUNG VON MUSKEL-SKELETT-ERKRANKUNGEN – MSE

VOR EINER BELASTUNG

Geben Sie das Maß Ihrer Beschwerden (Schmerzen oder Unwohlsein) im **Nackenbereich oder an den Schultern** innerhalb der vergangenen 3 Monate an

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

GAR KEINE BESCHWERDEN — SCHLIMMSTE BESCHWERDEN

Geben Sie das Maß Ihrer Beschwerden (Schmerzen oder Unwohlsein) an Ihren **Ellenbogen** innerhalb der vergangenen 3 Monate an

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

GAR KEINE BESCHWERDEN — SCHLIMMSTE BESCHWERDEN

Geben Sie das Maß Ihrer Beschwerden (Schmerzen oder Unwohlsein) an den **Handgelenken/Händen** innerhalb der vergangenen 3 Monate an

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

GAR KEINE BESCHWERDEN — SCHLIMMSTE BESCHWERDEN

Geben Sie das Maß Ihrer Beschwerden (Schmerzen oder Unwohlsein) im **Lendenbereich** innerhalb der vergangenen 3 Monate an

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

GAR KEINE BESCHWERDEN — SCHLIMMSTE BESCHWERDEN

An wie vielen Tagen insgesamt haben Sie innerhalb der vergangenen 3 Monate unter **Kopfschmerzen** gelitten?

- ◯ 0 Tage
- ◯ 1-3 Tage
- ◯ 4-7 Tage
- ◯ 8-14 Tage
- ◯ Mehr als 14 Tage

MESSUNG VON MUSKEL-SKELETT-ERKRANKUNGEN – MSE

NACH EINER BELASTUNG

Geben Sie das Maß Ihrer Beschwerden (Schmerzen oder Unwohlsein) im **Nackenbereich oder an den Schultern** innerhalb der vergangenen 3 Monate an

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

GAR KEINE BESCHWERDEN — SCHLIMMSTE BESCHWERDEN

Geben Sie das Maß Ihrer Beschwerden (Schmerzen oder Unwohlsein) an Ihren **Ellenbogen** innerhalb der vergangenen 3 Monate an

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

GAR KEINE BESCHWERDEN — SCHLIMMSTE BESCHWERDEN

Geben Sie das Maß Ihrer Beschwerden (Schmerzen oder Unwohlsein) an den **Handgelenken/Händen** innerhalb der vergangenen 3 Monate an

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

GAR KEINE BESCHWERDEN — SCHLIMMSTE BESCHWERDEN

Geben Sie das Maß Ihrer Beschwerden (Schmerzen oder Unwohlsein) im **Lendenbereich** innerhalb der vergangenen 3 Monate an

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

GAR KEINE BESCHWERDEN — SCHLIMMSTE BESCHWERDEN

An wie vielen Tagen insgesamt haben Sie innerhalb der vergangenen 3 Monate unter **Kopfschmerzen** gelitten?

- ◯ 0 Tage
- ◯ 1-3 Tage
- ◯ 4-7 Tage
- ◯ 8-14 Tage
- ◯ Mehr als 14 Tage