

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Datum vyplnění tohoto dotazníku:

Škála bolesti za poslední měsíc

Charakterizujte prosím intenzitu Vašich bolestí na škále 0 až 10 za poslední **1 měsíc (30 dní)**.
Bod 0 znamená žádné potíže, 10 bodů znamená nejhorší potíže, jaké si dovedete představit.
Zakroužkujte prosím správné číslo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
