



## Schmerzerfassungsbogen

Patient (Name, Vorname): \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Krankenhaus/Station: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### 1. An welchen Körperstellen treten Schmerzen auf?



### 2. Seit wann bestehen die Schmerzen?

- Weniger als ein Monat
- 1 Monat bis ½ Jahr
- ½ Jahr bis 1 Jahr
- 1 bis 2 Jahre
- 2 bis 5 Jahre
- Mehr als 5 Jahre

Genaueres Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind? \_\_\_\_\_

### 3. Welche der Aussagen trifft auf die Schmerzen im letzten Monat am ehesten zu?

- |                                                                    |                                                                   |                                                                     |                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| a) Dauerschmerz mit leichten Schwankungen <input type="checkbox"/> | b) Dauerschmerz mit starken Schwankungen <input type="checkbox"/> | c) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei <input type="checkbox"/> | d) Schmerzattacken, dazwischen nicht schmerzfrei <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|

### 4. Wenn Schmerzattacken auftreten,

a) wie oft treten sie auf? \_\_\_\_\_

b) wie lange dauern sie? \_\_\_\_\_

### 5. Wann treten Schmerzen auf? (z.B. zu best. Tageszeiten, vor/nach Essen, vor/nach Bewegung)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Wie wird der Schmerz beschrieben? (z.B. dumpf, drückend, pochend, stechend, ziehend)

\_\_\_\_\_



## 7. Wie stark wird der Schmerz empfunden?

### a) Momentane Schmerzstärke:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kein Schmerz Stärkster vollstellobarer Schmerz

### b) Durchschnittliche Schmerzstärke in letzten vier Wochen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### c) Größte Schmerzstärke in letzten vier Wochen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### d) Schmerzstärke, die (z.B. durch Behandlung) erträglich wäre:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## 8. Auswirkungen der Schmerzen während der letzten drei Monate?

### a) Ausmaß der Beeinträchtigung im Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Keine Beeinträchtigung Völlige Beeinträchtigung

### b) Ausmaß der Beeinträchtigung Freizeitaktivitäten/Unternehmungen:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### c) Ausmaß der Beeinträchtigung im Arbeitsleben:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Arbeitsunfähig seit: \_\_\_\_\_

## 9. Was wirkt sich günstig auf die Schmerzen aus (z.B. Bewegung, Ablenkung)?

---

---

## 10. Welche Therapieversuche wurden bis jetzt unternommen?

---

---