

## SCHMERZFRAGEBOGEN

Patientenetikett

Datum: \_\_\_\_\_

### Wie können Sie Ihren Schmerz beschreiben ?

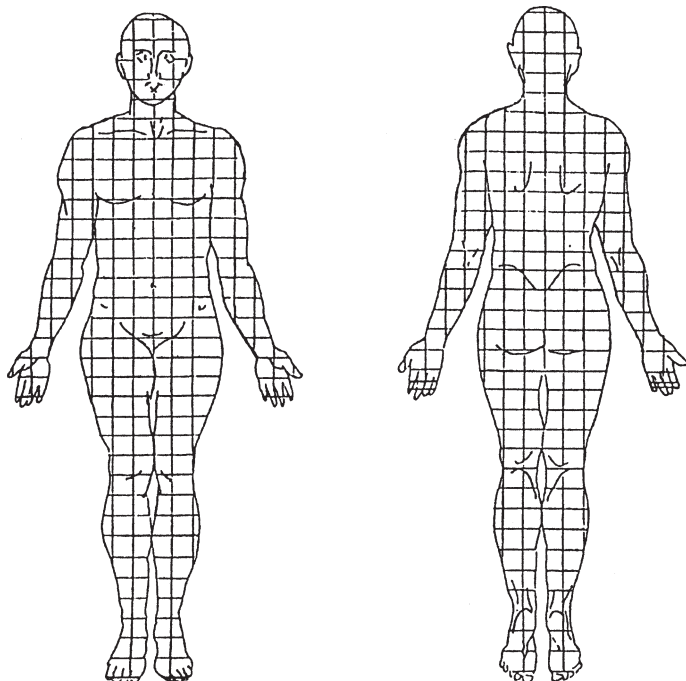
- |                                     |                                      |                                   |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ziehend    | <input type="checkbox"/> krampfartig | <input type="checkbox"/> klopfend |
| <input type="checkbox"/> stechend   | <input type="checkbox"/> dumpf       | <input type="checkbox"/> beißend  |
| <input type="checkbox"/> drückend   | <input type="checkbox"/> brennend    | <input type="checkbox"/> bohrend  |
| <input type="checkbox"/> kribbelnd  | <input type="checkbox"/> schneidend  |                                   |
| <input type="checkbox"/> wie sonst? |                                      |                                   |
- 

### Wie treten die Schmerzen auf ?

- anfallsartig
- dauernd

### Wie oft treten die Schmerzen auf ?

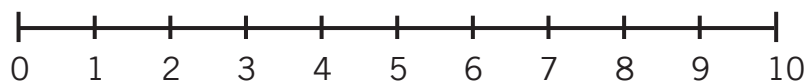
### Bitte zeichnen Sie den Hauptsitz Ihrer Schmerzen ein



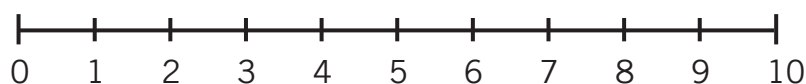
### Bitte zeichnen Sie auf der untenstehenden Linie die Stärke Ihrer derzeitigen Schmerzen an ?

(Zahl 0 bedeutet kein Schmerz, Zahl 10 bedeutet der schlimmste vorstellbare Schmerz)

Ruhe Schmerz



Schmerz bei Bewegung



**Seit wann leiden Sie an diesen Schmerzen ?**

\_\_\_\_\_

**Werden Ihre Beschwerden ärger ?**  Ja  Nein  
wenn ja - seit wann ? \_\_\_\_\_

**Wann sind die Schmerzen am ärgsten ?**

\_\_\_\_\_

**Führen Sie Ihre Schmerzen auf ein besonderes Ereignis zurück ?**

(z.B. eine Krankheit, Operation, Unfall, seelische Belastung)

\_\_\_\_\_

**Wie können Sie Ihre Schmerzen lindern ?**

- gar nicht
- mit Medikamenten
- mit Wärme
- mit Kälte
- durch Draufdrücken
- durch Ruhigstellen
- durch Bewegen
- durch Einnehmen einer besonderen Körperstellung
- wie sonst ? \_\_\_\_\_

**Wie ist Ihr Schlaf ?**

- keine Beeinträchtigung
- kann nicht einschlafen
- kann nicht durchschlafen
- der Schmerz reisst mich aus dem Schlaf

**Welche Medikamente nehmen Sie ein ?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welches hilft am meisten ? \_\_\_\_\_

**Besteht eine Allergie ?**  Ja  Nein

wenn ja - welche ? \_\_\_\_\_

**Beziehen Sie eine Rente oder läuft ein Rentenansuchen wegen der schmerzverursachenden Krankheit ?**  Ja  Nein

**Wie lange waren Sie wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig oder konnten Ihrer Hausarbeit nicht nachgehen ?**

\_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_ Unterschrift d. Patienten: \_\_\_\_\_