

schmerzfragebogen



Name:

Datum:

1. Wo haben Sie Schmerzen?

.....

2. Seit wann?

.....

3. Stärke der Schmerzen auf Zahlenrang-Skala von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (unerträglich):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Verlauf – abnehmend, gleich bleibend, zunehmend, wechselnd (Zutreffendes bitte unterstreichen)

a. gegenwärtige Schmerzen von 0 bis 10:

b. die bisher stärksten Schmerzen von 0 bis 10:

c. die bisher geringsten Schmerzen von 0 bis 10:

5. Art der Schmerzen (in den Worten des Patienten):

-
- pulsierend
- ziehend
- scharf
- stumpf
- brennend

6. Was löst die Schmerzen aus, was verstärkt sie?

.....

7. Was lindert die Schmerzen?

.....

8. Was haben Sie gegen die Schmerzen unternommen (z.B. Schmerzmittel)?

.....

9. Auswirkungen der Schmerzen von 0 (keine) bis 10 (unerträglich)

- a. Begleiterscheinungen (z.B. Übelkeit, Schwindel, Lichtblitze)
- b. Schlafstörungen:
- c. Appetit:
- d. Körperliche Aktivität eingeschränkt:
- e. Soziales Verhalten beeinträchtigt (z.B. Gereiztheit):
- f. Gefühle (z.B. Ärger, Depression, Weinen, Selbstmordgedanken):
- g. Konzentrationsstörungen:
- h. Anderes:

10. Sonstige Bemerkungen (Sie können selbstverständlich auch die Rückseite verwenden):