

Schmerzanamnese

Datum: -----

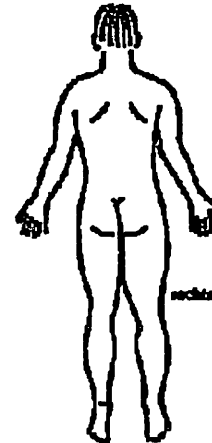
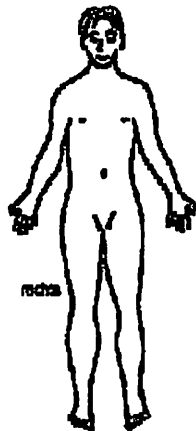
Name: -----

Vorname: -----

Geb.: -----

1. Lokalisation

Zeichnen Sie bitte an den Stellen, an denen Sie Schmerzen haben, ein Kreuz. Markieren Sie zusätzlich die Stelle, die am meisten schmerzt (**Hauptschmerz**), mit einem Ausrufezeichen.



2. Zeitliches Auftreten

Seit wann haben Sie Schmerzen? -----

Wann treten die Schmerzen auf?

- dauernd
- regelmäßig wiederkehrend
- wiederholt ohne Rhythmus
- perioden-/phasenweise

zu bestimmten Zeiten:

- morgens
- mittags
- abends
- nachts
- unterschiedlich

3. Schmerzstärke – NRS 0-10 (0=kein Schmerz/10=stärkster vorstellbarer Schmerz)

Stärkster empfundener Schmerz in der letzten Woche :

_____/10 NRS

Geringster empfundener Schmerz in der letzten Woche:

_____/10 NRS

4. Schmerzcharakter: Wie empfinden Sie die Schmerzen (mehrere Antworten möglich)?

- dumpf/drückend
- brennend/heiß/glühend
- Krampf-/kolikartig
- quälend
- oberflächlich
- pochend/pulsierend
- elektrisierend/einschieend
- ziehend/reißend
- ermüdend /erschöpfend
- tiefliegend
- klopfend/hämmernd
- stechend/bohrend
- anfallartig
- nervend
- außerhalb des Körpers (z.B. Phantomschmerz)
- schneidend
- lähmend

5. Verstärkende Faktoren:

Ihre Schmerzen sind stärker: in Ruhe bei Bewegung

Was löst nach ihrer Erfahrung die Schmerzen aus oder verschlimmert sie (z.B. gehen, stehen, tragen, heben, sitzen, liegen)?

6. Lindernde Faktoren:

Was lindert nach Ihrer Erfahrung die Schmerzen? Was tun Sie selbst zur Linderung Ihrer Schmerzen (z.B. Wärme/Kälte, Ruhe, Ablenkung)?

7. Begleiterscheinungen/Auswirkungen:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Luftnot | <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Harnverhalt | <input type="checkbox"/> Schwitzen |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Schwäche |
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit | <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit/ gedrückte Stimmung | <input type="checkbox"/> Juckreiz |

8. Negativer Einfluss auf:

- | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alltag | <input type="checkbox"/> Beruf | <input type="checkbox"/> Freizeit | <input type="checkbox"/> Beziehung zu anderen Menschen |
| <input type="checkbox"/> Lebensfreude/ Lebensqualität | <input type="checkbox"/> Sexualität | | |

9. Bisherige Therapie:

10. Ziele des Patienten:

- Schmerzfreiheit Zufriedenstellende Schmerzlinderung (NRS .../10)

Datum

Hz. Arzt/Pflegekraft

Quellen: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege 01/04, Schmerzerfassungsbogen MHH 07/99, Schmerzfragebogen – SCHMERZtherapeutisches Kolloquium e.V.1998, Patienten-