

Schmerzersteinschätzungsbogen

Stammdaten

(auszufüllen von der Bezugspflegerkraft)

Datum der Einschätzung:

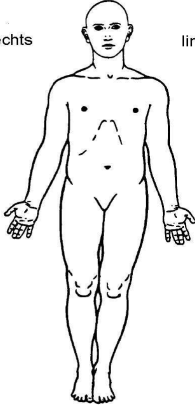
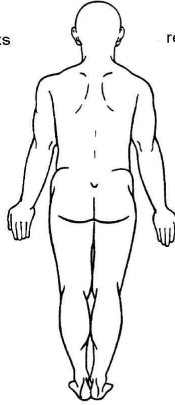
Name der Bewohnerin/ des Bewohners:

Schmerzassoziierte Diagnosen:

Schmerzmedikation und Psychopharmaka (Präparat/ Dosis):

Selbsteinschätzung durch PatientIn BewohnerIn:

(auszufüllen von der Bezugspflegerkraft gemeinsam mit der Bewohnerin/ dem Bewohner; falls Fragen nicht adäquat beantwortet werden, bitte vermerken)

Leiden Sie unter Schmerzen?	ja	nein			
Bekommen Sie Schmerzmittel?	ja	nein			
Wenn ja: helfen diese?	ja	nein			
Haben Sie Schmerzen, wenn Sie sich bewegen?	ja	nein			
Welche Situation ist am schmerzhaftesten? (z.B. Mobilisation, VW, Toilettengang, Lagerung) Wie lange dauern die Schmerzen an?					
Seit wann leiden Sie unter Schmerzen?					
Wo sitzt der Schmerz genau?	rechts  links links  rechts				
Wie stark sind die Schmerzen: (Verbale Rating Skala)	Kein Schmerz	Leichter Schmerz	Mittelstarker Schmerz	Starker Schmerz	Sehr starker Schmerz
In Ruhe:					
In Bewegung:					
Akzeptables Schmerzmaß:					
Wünschen Sie, dass die Schmerzen weniger werden?					
Haben die Schmerzen Auswirkungen auf Ihren Alltag? (Z.B. auf: Schlaf, Appetit, Körperliche Aktivitäten, Waschen und Anziehen...)					