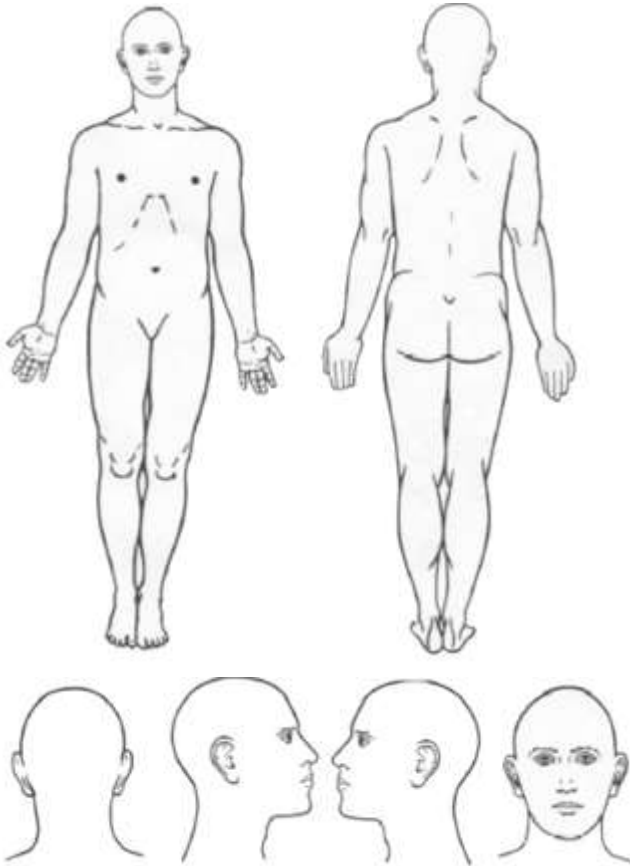


Schmerzanamnese

1. Schmerzlokalisierung: „Wo haben Sie Schmerzen?“



Schmerz *1 _____

Schmerz *2 _____

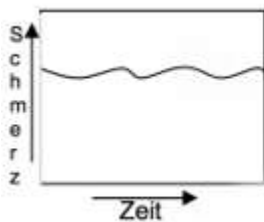
Schmerz *3 _____

Quelle: SBL © Korb 2006

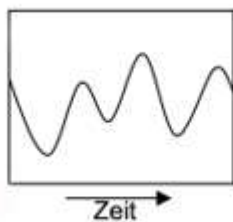
2. Seit wann bestehen diese Schmerzen?

Die Schmerzen sind erstmals aufgetreten vor ca. _____ Jahren/_____ Monaten.

3. Art der Schmerzen:



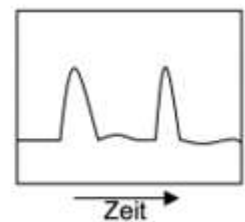
1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen



3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei



4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bilder 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen: Wie oft treten die Attacken durchschnittlich auf?

- mehrfach täglich einmal täglich mehrfach wöchentl. einmal wöchentl.
 mehrfach monatl. einmal monatl. seltener _____

- Wie lange dauern diese Attacken durchschnittl. Sekunden Minuten Stunden
 bis zu drei Tagen länger drei Tage

4. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark?

- Wenn ja ja nein
 morgens mittags nachmittags abends nachts

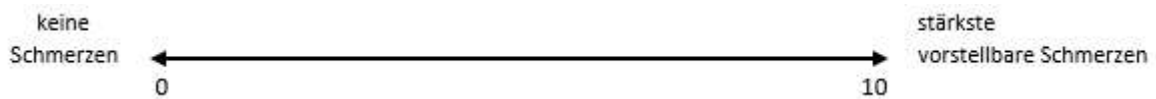
5. Schmerzempfinden (Mehrfachnennung möglich)

Ich empfinde meine Schmerzen als:

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0		3	2	1	0
dumpf					heiß				
drückend					brennend				
pochend					elend				
klopfend					schauderhaft				
stechend					scheußlich				
ziehend					furchbar				

6. Intensität der Schmerzen

In den letzten Wochen im Durchschnitt (Patient auf Skala markieren lassen)



7. Auswirkungen der Schmerzen in den letzten 3 Monaten:

a) An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten drei Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen?

an etwa _____ Tagen

b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren Alltag beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine					völlige					
Beeinträchtigung					<u>Beeinträchtigung</u>					

c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Freizeitaktivitäten beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine					völlige					
Beeinträchtigung					<u>Beeinträchtigung</u>					

d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine					völlige					
Beeinträchtigung					<u>Beeinträchtigung</u>					

8. Auf welche Ursachen führen Sie Ihre Schmerzen zurück?

9. Derzeitiges allgemeines Wohlbefinden (letzten 14 Tage):

	trifft gar nicht zu				trifft vollkommen zu	
	0	1	2	3	4	5
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe mein Leben genießen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich war mit meiner Arbeitsleistung zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe mich richtig freuen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

11. Gegenwärtige und frühere Schmerzmedikation

Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben oder noch immer nehmen. Bitte bewerten Sie auch deren eventuelle Nebenwirkungen.

Ihre früheren/jetzige Schmerz-Medikamente	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen?
	nein	etwas	ja	

12. Welche Erkrankungen haben Einfluss auf Ihre Schmerzen?

Datum/Hdz.

Erklärung zur Nichtbehandlung gewisser Fragen:

Dieser Schmerzanamnesebogen ist angelehnt an den deutschen Schmerzfragebogen. Er soll sich explizit an Pflegende richten. Aus diesem Grund, haben wir bewusst einige Fragen des deutschen Schmerzfragebogens ausgelassen. Diese richten sich hauptsächlich an den behandelnden Arzt und nicht an Pflegerinnen und Pfleger. Des Weiteren werden diese Aspekte in der Pflegeanamnese behandelt.