

Patientenfragebogen / Schmerzgeschichte

Patientendaten (klein)

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Bitte kreuzen Sie ihre Schmerzstärke an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Schmerz								Unerträglicher Schmerz		

Leiden Sie unter Schmerzen in Ruhe? ja nein Schmerzstärke: (0-10)

Leiden Sie unter Schmerzen bei Belastung? ja nein Schmerzstärke: (0-10)

Leiden Sie unter Dauerschmerzen? ja nein Schmerzstärke: (0-10)

Welche Art von Schmerzen haben Sie (z.B. stechend, dumpf, brennend, ziehend)?
.....

Zu welchen Tageszeiten sind Ihre Schmerzen am häufigsten? morgens tagsüber abends
 nachts

Nehmen Sie zurzeit Schmerzmittel ein? ja nein
Wenn ja, welche? / Dosierung?
.....
.....
.....

Sind bei Ihnen Schmerzmittelunverträglichkeiten bekannt? ja nein
Wenn ja, welche?
.....
.....

Sind bei Ihnen Schmerzmittelallergien bekannt? ja nein
Wenn ja, welche?
.....
.....

Was verursacht / verstärkt die Schmerzen?

Was lindert die Schmerzen?

Können Sie schlafen?

Haben Sie Appetit?

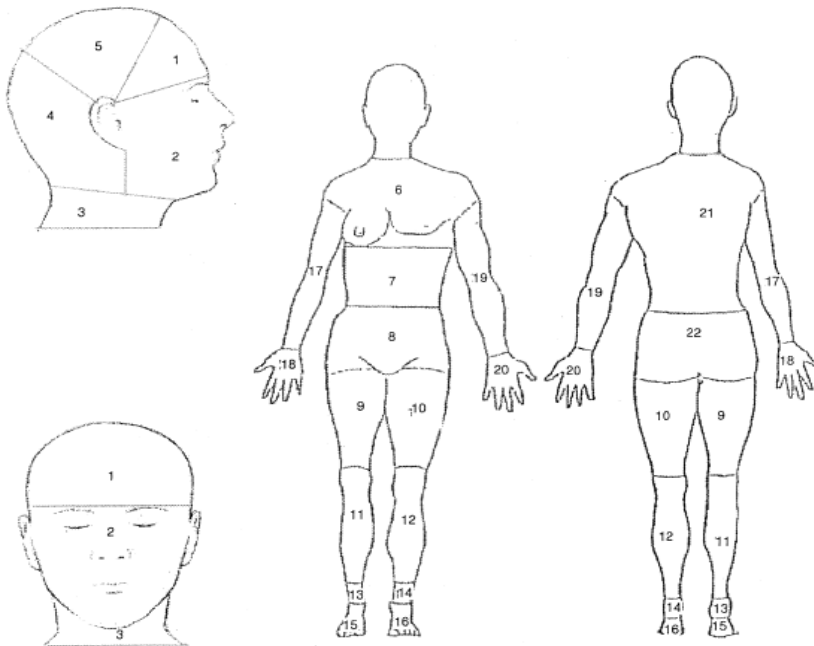
Beziehung zu anderen (z.B. Reizbarkeit)?

Gefühle (z.B. Ärger, Weinen,...)?

Konzentrationsfähigkeit?

Bemerkung:

Markieren Sie bitte im Schema die Stelle mit den stärksten Schmerzen!



Bemerkungen (Arzt) :

.....

.....

.....

.....

Patient ist über das perioperative Schmerztherapiekonzept des DKH aufgeklärt

.....
Datum /Unterschrift (Arzt)