

Schmerzanamnese

Seniocare- Pflegen im Artland



Patient: Name / Vorname:	Datum:
Diagnose:	Schmerzen seit:

1. Schmerzlokalisierung

Vom Patienten einzeichnen lassen

Wo tut es weh? _____

Wann tut es weh? _____

2. Beschreibung der Schmerzen (mit den Worten des Patienten)

dumpf 0 stechend 0 brennend 0
bohrend 0 ziehend 0 klopfend 0

Sonstiges

3. Schmerzstärke
(bitte durch Skala ermitteln und ankreuzen)
keine Schmerzen stärkste Schmerzen
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Dauer der Schmerzen (Zeitintervall)

5. Was beeinflusst den Schmerz?
a) Lindernd

b) Verstärkend

6. Schmerzursachen

7. Gegenwärtige Schmerz- Medikation
(Mit Dosierung und Einnahmezeitpunkt)

--

Zusätzliche Medikation (Mit Dosierung und Einnahmezeitpunkt)

8. Begleiterscheinungen

Magenbeschwerden	0	Müdigkeit	0
Übelkeit	0	Niedergeschlagenheit	0
Erbrechen	0	Angst	0
Verstopfung	0	Appetitlosigkeit	0
Schlafstörungen	0	Schlafdauer ohne Unterbrechung	Stunden:

Andere Begleiterscheinungen:

9. Sonstige Symptome

Aktivitätsverlust	0
Anderes	0

10. Schmerzdurchbrüche (Anlass / Zeitpunkt)

(In Anlehnung an den Expertenstandard Schmerzmanagement)

