

# Schmerzanamnese



Patientenaufkleber

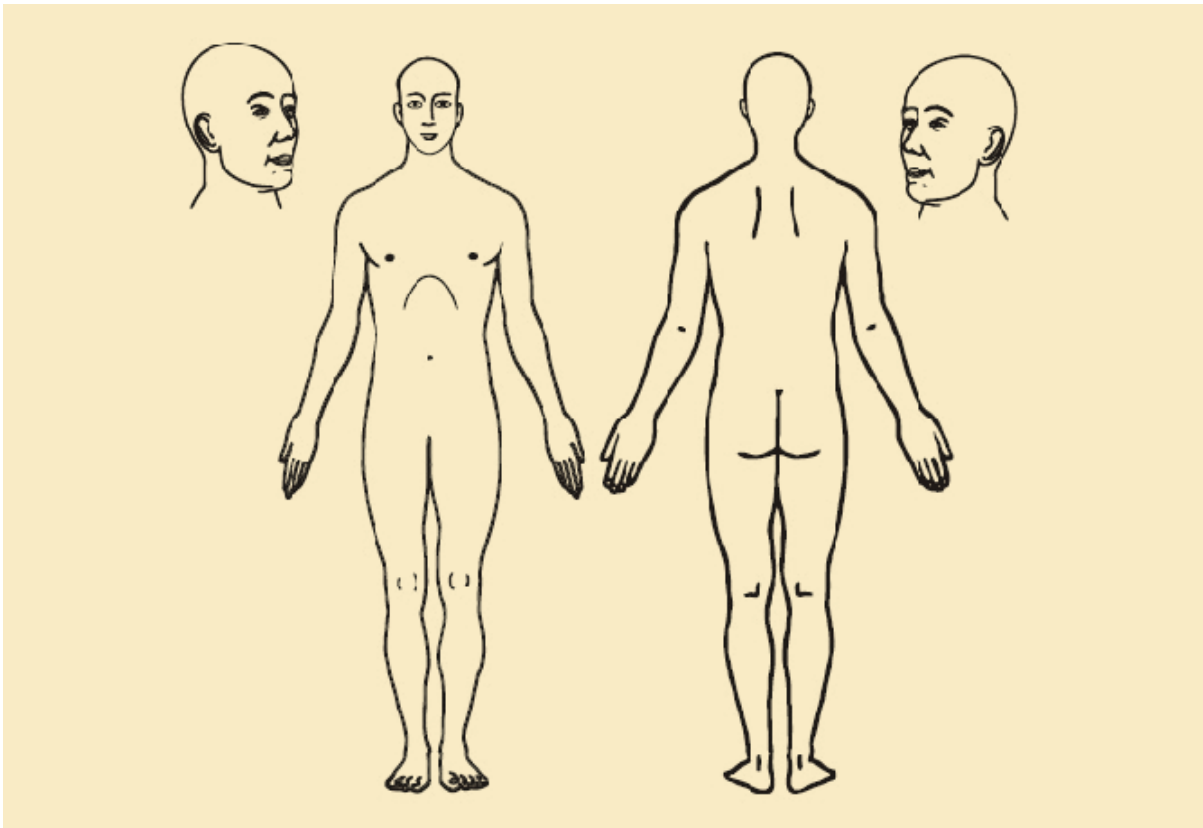
## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Um eine auf Ihre individuelle Situation angepasste optimale Schmerztherapie durchführen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Wir bitten Sie daher die nachfolgenden Fragen, soweit es Ihnen möglich ist, zu beantworten.

### 1. Seit wann haben Sie Schmerzen?

---

### 2. Kennzeichnen oder benennen Sie bitte anhand der Zeichnung wo Ihre Schmerzen sind bzw. waren.



Zusätzliche Angaben:

---

---

**3. Wie stark waren diese Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10?  
Bitte kreuzen Sie den zutreffenden Wert an.**

**Schmerzen in Ruhe**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz	leichter Schmerz		mäßiger Schmerz		starker Schmerz		sehr starker Schmerz		stärkster vorstellbarer Schmerz	

**Schmerzen bei Bewegung/Belastung**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz	leichter Schmerz		mäßiger Schmerz		starker Schmerz		sehr starker Schmerz		stärkster vorstellbarer Schmerz	

**4. Wie fühlen sich Ihre Schmerzen an? (Mehrfachnennungen möglich)**

pochend    stechend    brennend    krampfartig    einschließend    schneidend

anders, nämlich: \_\_\_\_\_

**5. Nehmen Sie aktuell und/oder in den letzten 4 Wochen Medikamente/ Pflaster gegen Ihre Schmerzen ein?**

Ja                                       Nein

**Wenn ja, lindern diese Medikamente/ Pflaster Ihre Schmerzen ausreichend?**

Ja     Nein

**6. Wie wurde der Schmerzanamnesebogen ausgefüllt?**

von mir selbst.                       mit Hilfe meiner Angehörigen/ Pflegekraft.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!