



## SCHMERZFRAGEBOGEN

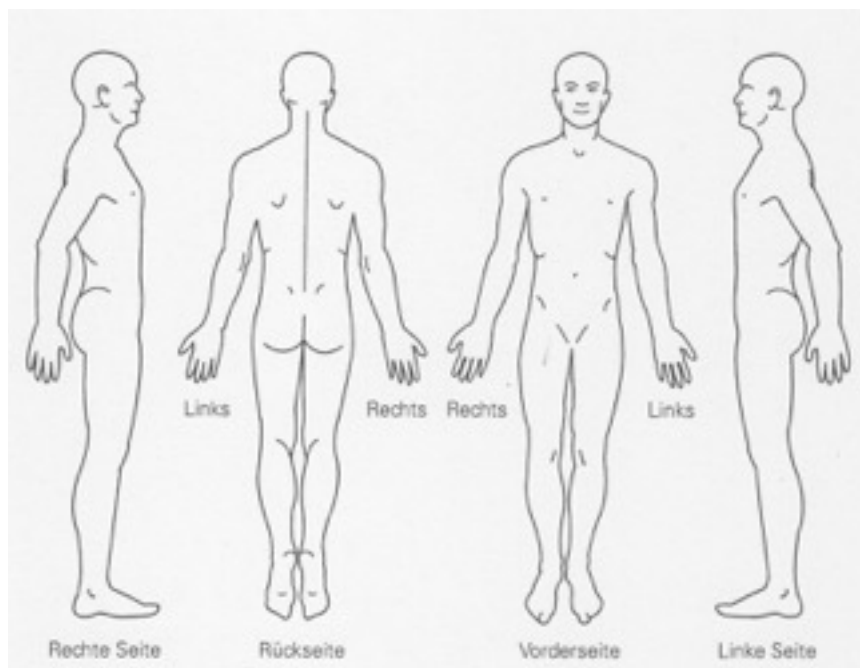
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.Datum \_\_\_\_\_

Grösse \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_ Vorbehandler \_\_\_\_\_

**Seit wann haben Sie Schmerzen?**

\_\_\_\_\_

Bitte zeichnen Sie im Körperschema die Stellen an, an denen Sie Schmerzen empfinden



**Wie oft treten die Schmerzen auf?**

\_\_\_\_\_

**Wann treten die Schmerzen auf?** (mehrere Antworten möglich)

Ruhschmerz 0    Belastungsschmerz 0    Schmerzattacken 0    Dauerschmerz 0

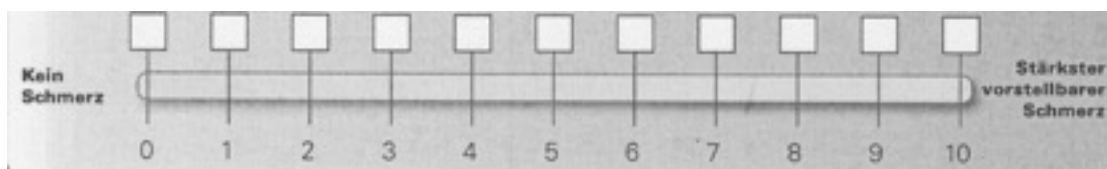
**Wie lange dauern die Schmerzen an?**

Sekunden 0    Minuten 0    Tage 0    Wochen 0

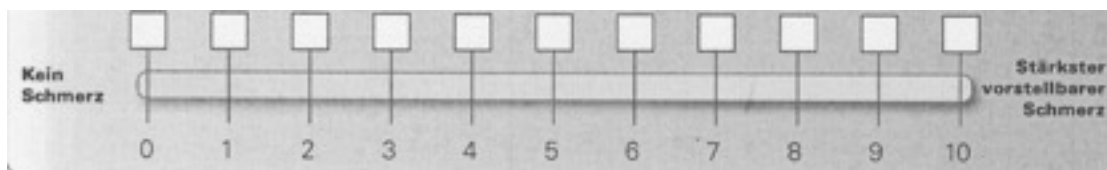
**Empfinden Sie Schmerzen**    **nie**   **kaum**   **gering**   **mittel**   **stark**   **sehr stark**

Schon bei leichter Berührung	0	0	0	0	0	0
Brennend	0	0	0	0	0	0
Kribbelnd / prickelnd	0	0	0	0	0	0
Blitzartig / elektrisierend	0	0	0	0	0	0
Kälte / Wärme als schmerzhaft	0	0	0	0	0	0
Wie ein Taubheitsgefühl	0	0	0	0	0	0
Bei leichtem Fingerdruck	0	0	0	0	0	0

**Wie stark sind Ihre Schmerzen durchschnittlich?**



**Welche Schmerzstärke wäre für Sie noch erträglich?**



**Wann empfinden Sie Ihre Schmerzen besonders belastend?**

In Ruhe 0    Im Schlaf 0    Bei Belastung 0    Beim Spazierengehen 0

**Bisherige Schmerzmedikation**    regelmäßig 0                      bei Bedarf 0

**Voroperationen**

**Ihre Erwartungen an die Schmerztherapie?**

Datum

Unterschrift