

# Sprechen Sie mit uns über Ihre Schmerzen

## Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10?

Diese Fragen stellen wir Ihnen immer wieder, um die Behandlung auf Sie abstimmen zu können. Die Bewertung Ihrer Schmerzen erfolgt systematisch und regelmässig wie die Messung Ihrer Temperatur und Ihres Blutdrucks. Mithilfe eines kleinen Lineals geben Sie die Intensität Ihrer Schmerzen auf einer Skala von „kein Schmerz“ bis „stärkste vorstellbare Schmerzen“ an.

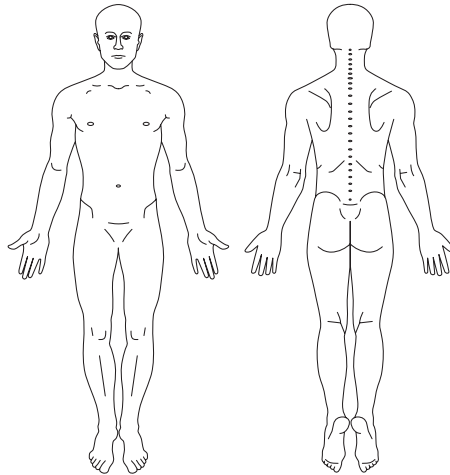
## Wie können Sie Ihren Pflegepersonen dabei helfen, Ihre Schmerzen zu bekämpfen?

Indem Sie Ihre Empfindungen mitteilen, helfen Sie, die Behandlung auf Sie abzustimmen. Ihre Angaben werden in Ihre Akte eingetragen. Damit wird die Weitergabe der Informationen zwischen den Pflegepersonen verbessert.

## Wie beschreibt man Schmerzen den Pflegepersonen?

**Seit wann tut es weh?** \_\_\_\_\_

**Wo tut es weh?** (Geben Sie die schmerzenden Körperregionen an)



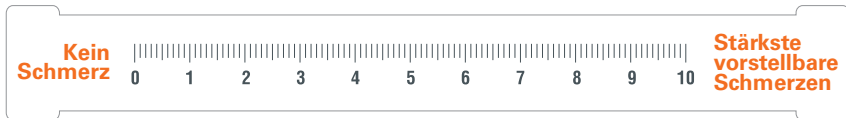
### Info +

Für die Einschätzung der Schmerzen von Kleinkindern, Personen im Koma oder solchen mit schweren Verständigungsstörungen stehen andere Hilfsmittel wie z.B. spezielle Beobachtungsraster zur Verfügung.

### Wie fühlt sich mein Schmerz an?

- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Klopfend      | <input type="checkbox"/> Brennend       | <input type="checkbox"/> Beunruhigend |
| <input type="checkbox"/> Stechend      | <input type="checkbox"/> Drückend       | <input type="checkbox"/> Zermürbend   |
| <input type="checkbox"/> Kribbelnd     | <input type="checkbox"/> Einschliessend |                                       |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ |   |                                       |

### Wie intensiv ist der Schmerz? (Kreisen Sie die zutreffende Zahl ein)



### Welche Situationen beeinflussen die Intensität Ihrer Schmerzen?

#### Schmerzverstärkende Situationen

- |  |                                   |                                 |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Position      | <input type="checkbox"/> Bewegung | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Kälte         | <input type="checkbox"/> Wärme    | <input type="checkbox"/> Ruhe   |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ |                                   |                                 |

#### Schmerzmindernde Situationen

- |  |                                   |                                 |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Position      | <input type="checkbox"/> Bewegung | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Kälte         | <input type="checkbox"/> Wärme    | <input type="checkbox"/> Ruhe   |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ |                                   |                                 |

### Welche Aspekte meines Lebens sind durch die Schmerzen beeinträchtigt?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaf        | <input type="checkbox"/> Stimmung              |
| <input type="checkbox"/> Arbeit        | <input type="checkbox"/> Beziehungen zu andern |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ |  |

### Welche Behandlung(en) habe ich schon probiert?

- Medikamentöse \_\_\_\_\_
- Nicht medikamentöse \_\_\_\_\_  
(Physiotherapie, Entspannung, Hypnose, etc.)
- Persönliche „Tricks“ \_\_\_\_\_
- Andere: \_\_\_\_\_