Schmerz-Tages-Protokoll

Anästhesiologie
Spezielle Schmerztherapie
Manuelle Medizin
MBA Serbaz Al Mohammad
LANR: 523551604
Siegfriedstraße 18 - 67547 Worms
Tel: +49 (6241) 480016-0 / Fax: -9
BSNR: 480100300

Name: _____ Datum beim Ausfüllen: Tag Monat Jahr

Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** seit dem letzten Protokoll an:

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** seit dem letzten Protokoll an:

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Geben Sie jetzt bitte an, **welche Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich wäre:

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Maße haben die Schmerzen seit dem letzten Protokoll Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen, etc.) beeinträchtigt?

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Maße haben die Schmerzen seit dem letzten Protokoll Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundkreis** beeinträchtigt?

keine Beeinträchtigung — völlige Beeinträchtigung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie war Ihr **allgemeines Wohlbefinden**? Ordnen Sie Ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechten Befinden und „+ 100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen Sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.

sehr schlecht -100 | 0 | sehr gut +100

War Ihre nächtliche **Schlafdauer**...

... ausreichend? ☐ ... nicht ausreichend? ☐

Hatten Sie **Dauerschmerzen**:

nein ☐ ja ☐

Wurden Sie durch Ihre Schmerzen i**n Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt**?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

Haben die Schmerzen Ihre **Stimmung beeinträchtigt**?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark ☐

Hatten Sie das Gefühl, die **Schmerzen lindernd beeinflussen** zu können?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark ☐

Hatten Sie **sonstige Beschwerden**? (Mehrfachnennungen möglich)

keine ☐

Müdigkeit	☐	Niedergeschlagenheit	☐	Lustlosigkeit	☐
Übelkeit	☐	Appetitlosigkeit	☐	Schwindel	☐
Magenbeschwerden	☐	Schlafstörungen	☐	Verstopfung	☐
Konzentrationsstörung	☐	Schwitzen	☐		
Andere	☐	_____			