

Schmerzprotokoll

Klient/ -in: **Mustermann Max**
Anschrift: **Musterstr.11, 33445 Musterstadt**

Geburtsdatum: **22.07.1931**

Wie nehmen Sie den Schmerz wahr?

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> scharf | <input type="checkbox"/> dumpf | <input type="checkbox"/> brennend |
| <input type="checkbox"/> bohrend | <input type="checkbox"/> stechend | <input type="checkbox"/> hemmend |
| <input type="checkbox"/> messerstichartig | <input type="checkbox"/> ausstrahlend | <input type="checkbox"/> anders, nämlich: _____ |

Beeinflussen bestimmte Körperstellungen Ihre Schmerzen?

Die meisten Schmerzen verspüre ich, wenn ich:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> liege | <input type="checkbox"/> sitze | <input type="checkbox"/> stehe | <input type="checkbox"/> mich bewege |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|

Die Schmerzen gehen zurück, wenn ich:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> liege | <input type="checkbox"/> sitze | <input type="checkbox"/> stehe | <input type="checkbox"/> mich bewege |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|

Nehmen Sie Medikamente gegen Ihre Schmerzen?

- | | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____ (Medikation) seit: _____ | |

Wenn ja, welche Erfahrungen machen Sie damit?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> hilft immer |
| <input type="checkbox"/> hilft zeitweise |
| <input type="checkbox"/> hilft nie |
| <input type="checkbox"/> Ich nehme das Medikament nach einem Zeitplan ein, und zwar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ich nehme das Medikament erst ein, wenn die Schmerzen wieder einsetzen. |

Helfen Ihnen andere Methoden, die Schmerzen zu lindern?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ruhe | <input type="checkbox"/> Entspannungsübungen |
| <input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Massagen | <input type="checkbox"/> Meditation |
| <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> Wickel | <input type="checkbox"/> Gebet |
| <input type="checkbox"/> Bewegung | <input type="checkbox"/> autogenes Training/ Yoga | <input type="checkbox"/> Musik hören |
| <input type="checkbox"/> Gespräche, z. B. mit: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Ablenkung Irgendwelcher Art: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> anders, nämlich: _____ | | |