

# SCHMERZERHEBUNGSBOGEN FÜR PATIENTEN MIT CHRONISCHEN WUNDEN



Initiative Chronische Wunden e.V.  
Pölle 27/28  
06484 Quedlinburg  
E-mail: [organisation@icwunden.de](mailto:organisation@icwunden.de)  
[www.icwunden.de](http://www.icwunden.de)

Das Schmerz-Assessment sollte einmal monatlich sowie bei relevanten Veränderungen der Schmerzsituation erfolgen!

## PATIENTENDATEN

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Erhebungsdatum \_\_\_\_\_

Schmerztherapeut/behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

Blattnummer: \_\_\_\_\_

## AKTUELLE BEHANDLUNG

### Aktuelle Diagnose

\_\_\_\_\_

### Bisherige Schmerztherapie

\_\_\_\_\_

Bereits erfolgte Diagnostik in Bezug auf die Wundursache (siehe Dokumentation in der Akte)

### Nebenwirkungen

<b>Zentral</b>	<input type="checkbox"/> Halluzination	<input type="checkbox"/> Benommenheit	<input type="checkbox"/> Schläfrigkeit
<b>Gastrointestinal</b>	<input type="checkbox"/> Obstipation	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Erbrechen
<b>Psychosozial</b>	<input type="checkbox"/> Angst	<input type="checkbox"/> Depression	
<b>Sonstige</b>	_____		

### Aktuelle Schmerzmedikation und Dosierung

\_\_\_\_\_

### Wie wird die Schmerzmedikation eingenommen?

Regelmäßig  Bei Bedarf  Regelmäßig und bei Bedarf

### Ist die Schmerzmedikation ausreichend?

Ja  Nein

### Wird die Schmerzmedikation zeitnah unter Beachtung des Wirkeintritts eingenommen/verabreicht?

Ja  Nein

## SCHMERZSITUATION

Aktuelle Schmerzsituation seit: \_\_\_\_\_

### Kann der Betroffene seinen Schmerz selbst verbal beschreiben?

\_\_\_\_\_

### Schmerzqualität

- Pochend  Ziehend  Dumpf
- Brennend  Pulsierend  Bohrend
- Stechend  Hämmernd  Zyklisch
- Ausstrahlend (von/bis) \_\_\_\_\_
- Sonstige \_\_\_\_\_

### Nonverbale Schmerzzeichen

- Schmerzlaute (z.B. klagen, wimmern, stöhnen)
- Grimassen (z.B. Augen zusammenkneifen, Zähne zusammenpressen, starrer/ängstlicher Blick, gequälter Gesichtsausdruck)
- Tachykardie, Hypertonus, Tachypnoe
- Schonhaltung, Embryonalstellung
- Rückzug, Teilnahmslosigkeit
- Massieren eines Körperteils, Schutz des schmerzhaften Bereichs durch die Hände
- Erhöhter Muskeltonus
- Aggressivität
- Schwitzen/Röte
- Ruhelosigkeit

### Schmerzdauer und Auftreten

- Permanent  Tagsüber  Nachts
- Im Abstand von (Minuten/Stunden/Tagen) \_\_\_\_\_

## SCHMERZERFASSUNG

### Schmerzstärke/Intensität laut Schmerzskala



## SCHMERZLOKALISATION

- Wundgrund
- Wundrand
- Wundumgebung
- Sonstige Regionen: \_\_\_\_\_

## PHYSIKALISCHE FAKTOREN

Was ist die Ursache für den Wundschmerz? Was verschlimmert den Schmerz?

Wundart:

- Infektion (lokal/systemisch)  Ischämie  Tumor
- Stauung/Ödem  Neuropathie  Entfernung des Verbandes
- Dermatitis  Wundbehandlung  Anbringen des neuen Verbandes
- Sonstige

- Liegen  Nachtschlaf  Kleidung  Stehen  Bewegungen
- Anbringen des neuen Verbandes
- Offen liegende Wunden  Wundreinigung/Debridement  Entfernung der Wundauflage
- Anbringen des neuen Verbandes
- Sonstige

## PSYCHOSOZIALE FAKTOREN UND AUSWIRKUNGEN DES WUNDSCHMERZES

Welche Grundstimmung überwiegt?

- Ausgeglichenheit  Ärger/Wut  Hoffnungslosigkeit

Folgen des Wundschmerzes

- Appetitlosigkeit  Schlaflosigkeit  Bewegungs-einschränkung
- Arbeitsunfähigkeit  Einschränkung der selbstbestimmten Lebensführung
- Sonstige

Schmerzäußerung in Bezug auf Wundsituation

- Keine  Wenig  Vorhanden  Hoch

Besteht Vertrauen in das Behandlungsteam?

- Skepsis  Ja

Nur gegenüber einer/einzelnen Person/en:

- Ja

Wird ein Schmerztagbuch geführt?

- Nein

Schmerzäußerung in Bezug auf Wundbehandlung

- Keine  Wenig  Vorhanden  Hoch

Schmerzlindende Faktoren

- Liegen  Stehen  Sitzen
- Bewegungen  Beine hoch/tief legen  Ablenkung (z. B. Fernsehen, Besuch)
- Physikalische Maßnahmen (z. B. Wärme/Kälte)  Sonstige

Unterschrift/Handzeichen:

Nächste Erfassung am: