

Bewohner:

**Bitte das verwendete Schmerzeinschätzungsinstrument ankreuzen.** (Selbsteinschätzung geht vor Fremdeinschätzung!)

**Selbsteinschätzungsinstrumente**

☒ NRS ☒ VRS

mögliche Ergebnisse: 0 = kein Schmerz – 1-3 = leichter Schmerz – 4-6 = mittelstarker Schmerz – 7-9 = starker Schmerz – 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

**Fremdeinschätzung**

☒ BESD (siehe Formular BESD)


mögliche Ergebnisse: I = „Bewohner wirkt schmerzfrei“, II = „Bewohner zeigt Hinweise auf Schmerzen“ III = \_\_\_\_\_

**Interventionsgrenze für eine Anpassung der schmerzlindernden Maßnahmen:**

	bei akuten Schmerzen gemäß Vorgabe Expertenstandard	bei chronischen Schmerzen per NRS/ VRS nach Wunsch des Betroffenen oder nach pflegfachlicher Einschätzung (Selbsteinschätzung geht vor Fremdeinschätzung!)		
		Datum:	Datum:	Datum:
in Ruhe	über 3/ 10			
in Belastung/ Bewegung	über 5/ 10			

Datum	Uhrzeit	Schmerzintensität Zahl/Wort eintragen		durchgeführte Schmerztherapie (medikamentös)	Hdz.	Ergebnis der durchgeführten Schmerztherapie Schmerzintensität (Zahl/Wort)			Arztkontakt erforderlich?		Bewohner wünscht weitere Intervention?		Hdz.
		Ruhe	Belastung			Uhrzeit	Ruhe	Belastung	Ja	Nein	Ja	Nein	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.0	August 2025	Seite 1 von 2

<div><div>Evangelische Altenhilfe Ludwigshafen am Rhein</div><div>gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH</div><div></div><div>... sicher und geborgen</div></div>	<h1>Handbuch Qualitätsmanagement</h1>	Kap. D.1.3.5.5
	<h2>Wirksamkeitskontrolle bei akutem &amp; chronischem Schmerz</h2>	

Datum	Uhrzeit	Schmerzintensität Zahl/Wort eintragen		durchgeführte Schmerztherapie (medikamentös)	Hdz.	Ergebnis der durchgeführten Schmerztherapie Schmerzintensität (Zahl/Wort)			Arztkontakt erforderlich?		Bewohner wünscht weitere Intervention?		Hdz.
		Ruhe	Belastung			Uhrzeit	Ruhe	Belastung	Ja	Nein	Ja	Nein	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.0	August 2025	Seite 2 von 2