

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 pflegefachlicher 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 durchgeföhrten Schmerztherapie Schmerzintensität (Zahl/Wort)			Arztkontakt erforderlich?	Bewohner wünscht weitere Intervention?	Hdz.
		Ruhe	Belastung			Uhrzeit	Ruhe	Belastung			
									<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

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