

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:**

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

| Datum | Uhrzeit | Schmerzintensität<br>Zahl/Wort eintragen | durchgeführte<br>Schmerztherapie<br>(medikamentös) | Hdz. | Ergebnis der durchgeführten<br>Schmerztherapie |      |           | Arztkontakt<br>erforderlich? | Bewohner<br>wünscht weitere<br>Intervention? | Hdz. |
|-------|---------|--|--|------|--|------|-----------|------------------------------|--|------|
|       |         |  |  |      | 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 2023 | Seite 1 von 2 |

## Wirksamkeitskontrolle bei akutem & chronischem Schmerz

| Freigabe GF | Geprüft | Bearbeiter | Version | Datum       | Seite         |
|-------------|---------|------------|---------|-------------|---------------|
| Frau Busch  | QMB     | QMB        | 2.0     | August 2023 | Seite 2 von 2 |