

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 | November 2024 | Seite 1 von 2 |

| 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"/> | |