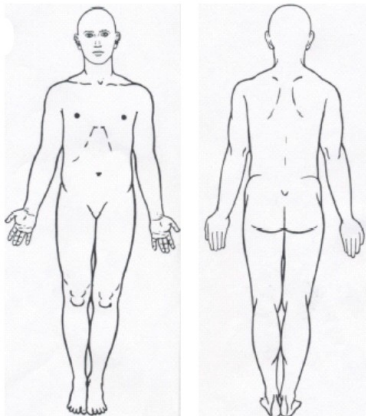


<b>Bewohnername:</b>	<b>Datum:</b>	<b>Hdz.:</b>
----------------------	---------------	--------------

<p><b>0. Welche Quellen verwenden Sie zur Beantwortung der Fragen?</b></p> <p>Zur Beantwortung der Fragen habe ich folgende Informationsquellen genutzt:</p> <p><input type="checkbox"/> Angaben vom Bewohner. Wenn nicht, warum nicht?: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Angaben von Bezugspersonen.</p> <p><input type="checkbox"/> Angaben (schriftlich/ mündlich) vom Arzt</p> <p><input type="checkbox"/> eigene pflegefachliche Einschätzung</p> <p><input type="checkbox"/> .....</p>
---

### Teil 1: Ermittlung der Basisdaten bei akuten und/oder chronischen Schmerzen

<p><b>1.1 Wo hat der Bewohner Schmerzen? (Schmerzlokalisierung)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Die Schmerzen des Bewohners treten im gesamten Bewegungsapparat auf.</p> <p><input type="checkbox"/> Die Schmerzen treten an folgenden, im Körperschema kenntlich gemachten Stellen auf:</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p><input type="checkbox"/> Es ist nicht zweifelstrei feststellbar, an welchen Körperstellen Schmerzen auftreten, weil:</p>
--

<p><b>1.2 Warum hat der Bewohner Schmerzen? (Schmerzursache, Schmerzvorgeschichte)</b></p> <p>Die Schmerzen sind verursacht durch ...</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ...folgende Krankheit/en:</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ....folgenden Unfall:</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ...durch folgende Ursache/n:</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Eine Ursache ist nicht feststellbar, weil:</p>	<input type="checkbox"/> ...folgende Krankheit/en:	<input type="checkbox"/> ....folgenden Unfall:	<input type="checkbox"/> ...durch folgende Ursache/n:	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> ...folgende Krankheit/en:	<input type="checkbox"/> ....folgenden Unfall:	<input type="checkbox"/> ...durch folgende Ursache/n:							
.....	.....	.....							
.....	.....	.....							

<p><b>1.3 Aktueller Stand der medikamentösen schmerzlindernden Therapie?</b></p> <p>Nimmt der Bewohner derzeit dauerhaft verordnete schmerzlindernde Medikamente ein?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
--

1.4	<b>Wann traten die Schmerzen des Bewohners erstmals auf?</b>
	<input type="checkbox"/> Zeitangabe: <input type="checkbox"/> Das erste Auftreten ist zeitlich nicht bestimmbar, weil:
1.5	<b>Handelt es sich eher um einen Dauerschmerz oder um Schmerzattacken? (Schmerzverlauf u. -rhythmus)</b>
	<input type="checkbox"/> Es handelt sich eher um einen Dauerschmerz. <input type="checkbox"/> Es handelt sich eher um Schmerzattacken. <input type="checkbox"/> Der Schmerz tritt sowohl als Dauerschmerz und in Schmerzattacken auf. <u>Wenn die Schmerzen in Attacken auftreten:</u> Wie häufig (Tag, Woche ...) treten die Schmerzattacken in der Regel auf? ..... ..... Wie lange dauern die Schmerzattacken in der Regel an? ..... ..... Sind die Schmerzen zu bestimmten Tages- oder Nachtzeiten besonders stark? ..... ..... Welche weiteren Aspekte charakterisieren den Schmerzverlauf? ..... .....
1.6	<b>Um welche Schmerzart handelt es sich? (beides ist möglich)</b>
	<input type="checkbox"/> Der Bewohner leidet an akuten Schmerzen. <input type="checkbox"/> Der Bewohner leidet an chronischen Schmerzen.

## Teil 2: Ermittlung des Handlungsbedarfs bei akut. u/ o. chronischen Schmerzen

**Hinweis:** Ein Handlungsbedarf liegt jeweils vor, wenn beim Ausfüllen das Antwortkreuzchen „ ☐ “ in der rechten Spalte gesetzt wird!



Bitte ermitteln Sie die aktuelle Schmerzintensität und dokumentieren das Ergebnis im Formular „P1_D.5.2 Wirksamkeitskontrolle“. Beurteilen Sie dann: <b>→ Wird die Interventionsgrenze des Bewohners aktuell überschritten?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
Bitte beurteilen Sie anhand der Aufzeichnungen im Formular „Wirksamkeitskontrolle“ den Schmerzverlauf des Bewohners seit der letzten Evaluierung seiner Schmerzsituation. Ergibt sich aus diesem Verlauf nach pflegefachlicher Einschätzung die Notwendigkeit, den Hausarzt über diesen Schmerzverlauf zu informieren (z.B. bei häufiger Gabe der Bedarfsmedikation)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <b>Wenn ja:</b> <b>→ Wurde der Arzt des Bewohners über diesen Schmerzverlauf informiert</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> nein																																
Bitte bewerten Sie folgende Faktoren im Hinblick auf ihre schmerzverstärkende und schmerzlindernde Wirkung auf den Bewohner. Bitte ergänzen Sie die Auflistung bei Bedarf:  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">schmerzverstärkend</th> <th style="text-align: center;">schmerzlindernd</th> <th style="text-align: center;">spielt keine Rolle</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gehen/ Stehen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Liegen/ Sitzen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Körperpflege im Bett</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Positionswechsel im Bett</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Verbandswechsel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Duschen/ Baden</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> Wenn schmerzverstärkende Faktoren identifizierbar sind: <b>Ist der behandelnde Arzt über diese nachweislich, im Hinblick auf mögliche schmerztherapeutische Maßnahmen angesprochen und angefragt worden?</b>		schmerzverstärkend	schmerzlindernd	spielt keine Rolle	Gehen/ Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liegen/ Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körperpflege im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verbandswechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duschen/ Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> nein
	schmerzverstärkend	schmerzlindernd	spielt keine Rolle																															
Gehen/ Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Liegen/ Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Körperpflege im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Verbandswechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Duschen/ Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<b>Möchte der Bewohner, zur Unterstützung seines Schmerzmanagements nicht-medikamentöse schmerzlindernde Maßnahmen?</b>  <input type="checkbox"/> Der Bewohner möchte keine nicht-medikamentöse schmerzlindernden Maßnahmen, weil:  <input type="checkbox"/> Der Bewohner möchte nach Beratung und Absprache nicht-medikamentöse schmerzlindernde Maß nehmen.  <input type="checkbox"/> Der Bewohner kann selbst keine Angaben zum Wunsch nach nicht-medikamentösen schmerzlindernden Maßnahmen machen. Er erhält nicht-medikamentöse Maßnahmen nach pflegefachlicher Einschätzung.  <b>Werden dem Bewohner derzeit nachweislich nicht-medikamentöse Maßnahmen angeboten und sind diese Maßnahmen mit dem Hausarzt ebenfalls nachweislich abgestimmt?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> nein																																

<p><b>Liegen nach pflegfachlicher Einschätzung bei dem Bewohner derzeit schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen vor?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> ja und zwar:  .....  .....</p> <p><b>Wenn derzeit schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen vorliegen:  Wurde der Hausarzt hierüber nachweislich informiert und wurden die ggf. ärztlich verordneten Maßnahmen umgesetzt?</b></p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> nein
<p><b>Wünscht der Bewohner eine Beratung zum Thema „Schmerzmanagement“?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Der Bewohner möchte die angebotene Beratung nicht. Er gibt hierzu folgende Begründung an:  .....  .....</p> <p><input type="checkbox"/> Der Bewohner wünscht eine Beratung.</p> <p><input type="checkbox"/> Der Bewohner kann nicht beraten werden, weil.....  .....</p> <p><b>Wenn eine Beratung gewünscht ist, wurde der Bewohner nachweislich (= Inhalt, Ergebnis) beraten?</b></p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> nein
<p><b>Möchte der Bewohner derzeit ärztlich verordnete Maßnahmen zur Schmerzlinderung nicht annehmen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><b>Wenn ja:</b>  <b>Sind diese nicht gewünschten Maßnahmen und die Gründe des Bewohners in der Maßnahmenplanung dokumentiert?</b></p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> nein
<p><b>Besteht nach pflegfachlicher Einschätzung derzeit die Notwendigkeit, dass ein pflegerischer Schmerzexperte zur Optimierung des Schmerzmanagements hinzugezogen wird?</b></p>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

<p><b>Bitte nur beantworten für Bewohner, die an chronischen Schmerzen leiden: Bei dem an chronischen Schmerzen leidenden Bewohner liegt derzeit:</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> eine stabile Schmerzsituation vor.                      <input type="checkbox"/> eine instabile Schmerzsituation vor. </p>	
---	--

Datum der Evaluation:			
Ergebnis der Evaluation:	Das vorliegende Assessment ist: <input type="checkbox"/> weiterhin aktuell. <input type="checkbox"/> nicht mehr aktuell. Eine Neueinschätzung ist notwendig.	Das vorliegende Assessment ist: <input type="checkbox"/> weiterhin aktuell. <input type="checkbox"/> nicht mehr aktuell. Eine Neueinschätzung ist notwendig.	Das vorliegende Assessment ist: <input type="checkbox"/> weiterhin aktuell. <input type="checkbox"/> nicht mehr aktuell. Eine Neueinschätzung ist notwendig.
Handzeichen:			