



Die Erfassung und Behandlung von Schmerzen ist ein wichtiger Bestandteil der Wundtherapie.
Wir orientieren uns an der AWMF-Leitlinie „Schmerz“ (Register-Nr. 145/001) und den ICW-Empfehlungen zum Schmerzmanagement in der Wundversorgung.

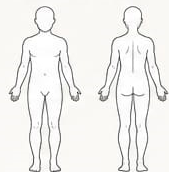


Ihre Gesundheit
liegt uns am Herzen!
Bei Fragen sind wir
immer für Sie da.

1. KURZ-FRAGEBOGEN – BITTE KREUZEN SIE AN

1. WO HABEN SIE SCHMERZEN?

Bitte markieren Sie die Stelle/n.



2. WIE WÜRDEN SIE IHREN SCHMERZ BESCHREIBEN? (mehrfach möglich)

- ☐ Stechend
- ☐ Ziehend
- ☐ Brennend
- ☐ Drückend
- ☐ Pochend
- ☐ Dumpf
- ☐ Elektrisierend
- ☐ Sonstiges: _____



3. WAS VERSTÄRKT IHREN SCHMERZ? (mehrfach möglich)

- ☐ Bewegung
- ☐ Liegen/Druck
- ☐ Verbandswechsel
- ☐ Berührung
- ☐ Belastung/Gehen
- ☐ Nichts bekannt
- ☐ Sonstiges: _____



4. WAS LINDERT IHREN SCHMERZ? (mehrfach möglich)

- ☐ Ablenkung (z. B. Musik, Lesen, TV)
- ☐ Ruhe/Entspannung
- ☐ Hochlagern
- ☐ Wärme
- ☐ Kälte
- ☐ Medikamente
- ☐ Sonstiges: _____

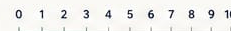


5. WIE STARK SIND IHRE SCHMERZEN IM DURCHSCHNITT?

Bitte kreuzen Sie auf der Skala an.

0 = kein Schmerz

10 = stärkster vorstellbarer Schmerz



6. WIE BEEINFLUSSEN IHRE SCHMERZEN IHREN ALLTAG?

- ☐ Keine Beeinflussung
- ☐ Leichte Beeinflussung
- ☐ Mäßige Beeinflussung
- ☐ Starke Beeinflussung
- ☐ Sehr starke Beeinflussung



2. SCHMERZTAGEBUCH – BITTE TÄGLICH AUSFÜLLEN (7–14 TAGE)

TAG / DATUM	SCHMERZSTÄRKE (NRS 0–10)* 0 = kein Schmerz 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz	ZU WELCHER TAGESZEIT?				WIE IST DIE QUALITÄT DES SCHMERZES? (mehrfach möglich)	WAS HABEN SIE VOR DEM SCHMERZ GEMACHT?	WAS HAT GEHOLFEN? (mehrfach möglich)	MEDIKAMENTE (eingenommen?)	BESONDERHEITEN / NOTIZEN
		Morgens	Mittags	Abends	Nachts					
Tag 1	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	☐	☐	☐	☐	☐ Stechend ☐ Pochend		☐ Ablenkung	☐ Ja ☐ Nein	
Tag 2	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	☐	☐	☐	☐	☐ Ziehend ☐ Dumpf		☐ Ruhe/Entspannung	Welche? _____	
Tag 3	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	☐	☐	☐	☐	☐ Brennend ☐ Elektrisierend		☐ Hochlagern	_____	
Tag 4	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	☐	☐	☐	☐	☐ Drückend ☐ Sonstiges		☐ Wärme	_____	
Tag 5	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	☐	☐	☐	☐	☐ Pochend		☐ Kälte	_____	
Tag 6	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	☐	☐	☐	☐			☐ Medikamente	_____	
Tag 7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	☐	☐	☐	☐			☐ Sonstiges	_____	
...										

*NRS (Numerische Rating Skala) nach der Empfehlung der ICW und der AWMF-Leitlinie Schmerz: Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die Ihren Schmerz am besten beschreibt.



WICHTIG ZU WISSEN

- Schmerzen sind individuell und dürfen ernst genommen werden.
- Eine gute Schmerzänderung fördert die Wundheilung und Ihre Lebensqualität.
- Sprechen Sie uns an – wir finden gemeinsam die passende Lösung für Sie!



GEMEINSAM STARK!

Ihre Rückmeldungen helfen uns, Ihre
Therapie individuell anzupassen und
Schmerzen besser zu kontrollieren.



SIE SIND NICHT ALLEIN!

Wir begleiten Sie auf Ihrem Weg zu mehr
Lebensqualität – Tag für Tag.

Gemeinsam schaffen wir das!



04531 127 128



wundzentrum-bo@hi-gruppe.de



www.wundzentrum-bo.de

Wir sind für Sie da!