Schmerzambulanz der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universität zu Köln

Name:	Haben Sie heute Schmerzen?	**Datum:**
	Nein ❑ Ja ❑	

Bitte kreuzen Sie Ihre **durchschnittliche** Schmerzstärke an.

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

Bitte kreuzen Sie an, wie stark gestern und heute Ihre **stärksten** Schmerzen waren.

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

Haben Sie gestern und heute die Medikamente **wie verordnet** eingenommen?	Ja ❑	Nein ❑
Haben Sie gestern oder heute **zusätzlich** Medikamente eingenommen?	Ja ❑	Nein ❑

Welche zusätzlichen Medikamente?	Wann?					Welche Wirkung?

Bestehen gestern und heute **andere Beschwerden oder Belastungen** (außer Schmerzen)?

Wurden Ihre Schmerzen gestern oder heute beeinflußt durch **andere Maßnahmen** (z.B. Krankengymnastik, Massage, Entspannung, Nervenstimulation, etc.)?

Bitte kreuzen Sie an, wie stark **gestern und heute** Ihre Beschwerden sind.

Müdigkeit	keine ❑	leichte ❑	mittlere ❑	starke Müdigkeit ❑
Übelkeit	keine ❑	leichte ❑	mittlere ❑	starke Übelkeit ❑
Verstopfung	keine ❑	leichte ❑	mittlere ❑	starke Verstopfung ❑
Luftnot	keine ❑	leichte ❑	mittlere ❑	starke Luftnot ❑
Schwäche	keine ❑	leichte ❑	mittlere ❑	starke Schwäche ❑
Angst	keine ❑	leichte ❑	mittlere ❑	starke Angst ❑

Andere:	keine ❑	leichte ❑	mittlere ❑	starke ❑
Andere:	keine ❑	leichte ❑	mittlere ❑	starke ❑

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich heute **fühlen**:

Befinden	sehr schlecht ❑	schlecht ❑	mittel ❑	gut ❑	sehr gut ❑

	Hilfe benötigt zum Ausfüllen: ❑ **Fremdeinschätzung:** ❑	

Bitte geben Sie den Bogen Ihrem behandelnden Arzt !