

Übersicht 1.19. Schmerzempfindungsskala nach Diday**Schmerzbeginn:**

- Wann hatten Sie erstmals Schmerzen?
- Was hat die Schmerzen ausgelöst?
- Traten die Schmerzen akut auf oder nahmen sie langsam zu?

Schmerzintensität:

- Wie stark sind Ihre Schmerzen?
Gering (beunruhigend)
Mild (unbequem)
Mittelmäßig (quälend)
Stark (heftig)
Unerträglich (folternd)

Schmerzqualität:

- Wie äußern sich Ihre Schmerzen?
Brennend (heiß)
Scharf (stechend)
Stumpf (dumpf)
Durchdringend (penetrant)
Peinigend (bohrend)
Krampfartig (nagend)
Pulsierend (klopfend)
Reizausübend (prickelnd/kribbelnd)

Schmerzlokalisierung:

- Wo haben Sie Schmerzen? Zeigen Sie auf den/die schmerzhaftesten Punkt(e):
- Sind Ihre Schmerzen:
Lokal begrenzt?
An mehreren Stellen?
Ausstrahlend?

Anwesenheit des Schmerzes:

- Konstant
- Intermittierend

Zeitpunkt des Auftretens des Schmerzes/Einflussfaktoren:

- Wann treten Ihre Schmerzen auf?
Tagsüber
Nachts
Morgens
- Wann nehmen Ihre Schmerzen zu?
Tagsüber
Nachts
Morgens
- Wann lassen Ihre Schmerzen nach?
In Ruhe
Bei Bewegung (aktiv/passiv)
Bei Belastung
- Wann nehmen Ihre Schmerzen zu?
In Ruhe
Bei Bewegung (aktiv/passiv)
Bei Belastung

Schmerztherapie:

- Wie lindern Sie Ihre Schmerzen?
- Welche(s) (Schmerz-)Mittel nehmen Sie?
- Welche Unterstützung (Ratschläge usw.) erhalten Sie von Ihren direkten Angehörigen bzw. Bezugspersonen?