





**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 (bohend)  
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?