

Schmerzfragebogen / Qualitätssicherung SSIPM

Wir wollen die Qualität unserer Behandlungen überprüfen und sind kurz auf Ihre Mithilfe angewiesen. Die Befragung vor und nach der Behandlung zeigt uns, ob die durchgeführte Behandlung Ihre Lebensqualität verbessern konnte. Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus!

Patientin/ Patient:

Einsenden des Fragebogens nach: ☐ 4 Monaten ☐ 8 Stunden*

* Notierung alle 30 Minuten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Datum der Behandlung:

Diagnose:

Intervention:

Medikamente für Intervention:

1. Wie stark war der behandelte Schmerz vor der Intervention? (auszufüllen durch Arzt/Praxisassistentin)

..... ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
Datum/Zeit 0 = kein Schmerz 10 = maximaler Schmerz

2. Wie stark war der behandelte Schmerz vor Verlassen der Praxis / nach der Intervention?
(auszufüllen durch Arzt/Praxisassistentin)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
0 = kein Schmerz 10 = maximaler Schmerz

3. Bitte füllen Sie die Tabelle während des vereinbarten Beobachtungszeitraumes aus und erwähnen Sie unter Bemerkungen spezielle Ereignisse (3 = erträgliche Schmerzen, 4 = Einnahme von Medikamenten, 6 = starke Schmerzen, 8 = sehr starke Schmerzen).

Datum / Stunden	Kein Schmerz										maximaler Schmerz	Bemerkungen
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....
.....	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	.....

Bitte Rückseite ausfüllen!

Ihre Schmerzmedizin
Thannerstrasse 80, 4054 Basel
T +41 61 301 65 40
F +41 61 301 65 41
info@ihre-schmerzmedizin.ch
Olaf.Schmid@hin.ch

Dr. med. Olaf Schmid
Facharzt Anästhesiologie und Intensivmedizin FMH
Interventionelle Schmerztherapie SSIPM
SPS Schmerzspezialist ®
Neuraltherapie SANTH
Notarzt SGNOR

1. Welche zusätzliche Therapie hat der Patient / die Patientin vor der Intervention? Nach Abschluss der Schmerzbeobachtung bitte Zutreffendes unterstreichen (auszufüllen durch den Patienten oder Hausärztin/ Hausarzt).

2. Wie stark ist aktuell Ihr maximaler Schmerz nach Abschluss der Schmerzbeobachtung?

0 = kein Schmerz

10 = maximaler Schmerz

- 0 = kein Schmerz

10 = maximaler Schmerz

- 0 = nicht eingeschränkt

10 = maximale eingeschränkt

- 0 = gar nicht zufrieden

10 = sehr zufrieden

- 0 = gar nicht verbessert

10 = maximal verbessert

- Bitte senden Sie den Fragebogen per Post, Fax oder E-Mail an die unten stehende Adresse. Besten Dank!

ihre-schmerzmedizin.ch

Praxisinhaber