Ihre Schmerzmedizin

Praxis
für Interventionelle Schmerztherapie und Neuraltherapie

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	....

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

ihre-schmerzmedizin.ch

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

Praxisinhaber

Ihre Schmerz medizin

Praxis
für Interventionelle
Schmerztherapie
und Neuraltherapie

Langfristige Schmerzbeobachtung

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).

○ OTC analgesics	○ Antidepressants	○ Exercise	○ Massage
○ NSAID	○ Muscle Relaxants	○ Physiotherapy	○ Neuraltherapy
○ Partial Opioids	○ Tranquilizers	○ Chiropractic	○ Acupuncture / TCM
○ Opioids	○ Anti Epileptics	○ Osteopathy	

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

○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10

0 = kein Schmerz 10 = maximaler Schmerz

3. Wie stark war Ihr durchschnittlicher Schmerz seit der Intervention / in den letzten Wochen?

○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10

0 = kein Schmerz 10 = maximaler Schmerz

4. Wie stark sind Sie beruflich bzw. in ihrem Alltag durch den Schmerz eingeschränkt?

○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10

0 = nicht eingeschränkt 10 = maximale eingeschränkt

5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Intervention/Behandlung?

○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10

0 = gar nicht zufrieden 10 = sehr zufrieden

6. Wie sehr hat sich Ihre Lebensqualität durch die Intervention/Behandlung verbessert?

○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10

0 = gar nicht verbessert 10 = maximal verbessert

Bemerkungen?

.....

.....

.....

.....

○ Bitte nehmen Sie mit mir telefonischen Kontakt auf
○ Bitte bieten Sie mich erneut auf

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

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

ihre-schmerzmedizin.ch

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

Praxisinhaber