

Schmerzfragebogen / Qualitätssicherung SSIPM



Praxis
für Interventionelle
Schmerztherapie
und Neuraltherapie

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.

Patientin/ Patient:

Einsenden des Fragebogens nach: 3 Mte. 6 Mte. 12 Mte.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Datum der Behandlung:

Diagnose:

Intervention:

Medikamente für Intervention:

Langfristige Schmerzbeobachtung

1. Welche zusätzliche Therapie hat der Patient / die Patientin vor der Intervention?

(auszufüllen durch Arzt/Praxisassistentin)

- | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> OTC analgesics | <input type="radio"/> Antidepressants | <input type="radio"/> Exercise | <input type="radio"/> Massage |
| <input type="radio"/> NSAID | <input type="radio"/> Muscle Relaxants | <input type="radio"/> Physiotherapy | <input type="radio"/> Neuraltherapy |
| <input type="radio"/> Partial Opioids | <input type="radio"/> Tranquilizers | <input type="radio"/> Chiropractic | <input type="radio"/> Acupuncture / TCM |
| <input type="radio"/> Opioids | <input type="radio"/> Anti Epileptics | <input type="radio"/> Osteopathy | |

2. 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 0 = kein Schmerz 10 = maximaler Schmerz

3. 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

4. Bitte füllen Sie die Tabelle während des vereinbarten Beobachtungszeitraumes aus und erwähnen Sie unter Bemerkungen spezielle Ereignisse.

Datum	Kein Schmerz										maximaler Schmerz	Bemerkungen
.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	.....
.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	.....
.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	.....
.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	.....
.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	.....
.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	.....
.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	.....
.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	.....
.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	.....
.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	.....
.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	.....
.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	.....



Praxis für Interventionelle Schmerztherapie und Neuraltherapie

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

0 = kein Schmerz 10 = maximaler Schmerz

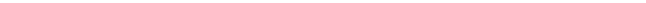
6. Wie stark war Ihr durchschnittlicher Schmerz seit der Intervention / in den letzten Wochen?

0 = kein Schmerz 10 = maximaler Schmerz

7. Wie stark sind Sie beruflich durch den Schmerz eingeschränkt?

○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10
0 = nicht eingeschränkt 10 = maximale eingeschränktheit

8. 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

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

10. Welche zusätzliche Therapie hat der Patient / die Patientin nach Abschluss der Schmerzbeobachtung?

(auszufüllen durch Arzt/Praxisassistentin)

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

Bemerkungen?

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

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