

**Checkliste:
Schmerzerfassung bei
Menschen mit chronischen
Wunden**

WZ-CL-005 V07
Schmerzerfassung bei Menschen mit
chronischen Wunden

**Wundzentrum
Hamburg**
überregionales Wundnetz

gültig bis: 21.11.2026

Seite 1 von 2

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anamnese

1. Aktuelle Diagnose: _____

2. Bereits erfolgte Diagnostik (Wundursache):

3. Bisherige Schmerztherapie, z. B. Medikamente, Schmerzpumpe/-katheter/-blockaden:

4. Aktuelle Medikation und Dosierung (Angabe von Arzneiform und ggf. auch Retardierung):

5. Ist die Medikation ausreichend? ja nein

6. Wird die Medikation zeitnah unter Beachtung des Wirkeintritts eingenommen bzw. verabreicht?
 ja nein

Ggf. auftretende Begleiterscheinungen:

- | | | | |
|-------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| Gastrointestinal: | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| Zentral: | <input type="checkbox"/> Benommenheit | <input type="checkbox"/> Halluzination | |
| Psychosozial: | <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Depression | |
| Sonstige: | _____ | | |

7. Kann der Patient den Schmerz verbal äußern/beschreiben?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, nonverbale Schmerzerfassung |
| <input type="checkbox"/> Schonbewegung/-haltung, Embryonalstellung | <input type="checkbox"/> Grimassen, verzerrter Gesichtsausdruck |
| <input type="checkbox"/> Zähne zusammenpressen (Tubus beißen) | <input type="checkbox"/> Massieren eines Körperteils |
| <input type="checkbox"/> Augen zusammenkneifen, Tränenfluss | <input type="checkbox"/> Aggressivität |
| <input type="checkbox"/> Schmerzlaute (z. B. Stöhnen, Wimmern, Klagen) | <input type="checkbox"/> Erhöhter Muskeltonus |
| <input type="checkbox"/> Schutz der schmerzhaften Zone durch die Hände | <input type="checkbox"/> Ängstlicher/angespannter Blick |
| <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche/Röte | <input type="checkbox"/> Ruhelosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Hypertonus, Tachykardie, Tachypnoe | <input type="checkbox"/> Rückzug, Teilnahmslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

8. Aktuelle Schmerzsituation:

- Schmerzen seit: _____
 (Tag, Monat, Jahr oder ca. seit...)

9. Liegt ein Schmerztagebuch vor? ja nein

Erstellt/Revidiert: Standardgruppe WZHH	Überprüft: Leiterin der Standardgruppe	Freigegeben: 2. Vorsitzende WZHH
Datum: 21.11.2024	Datum: 21.11.2024	Datum: 21.11.2024

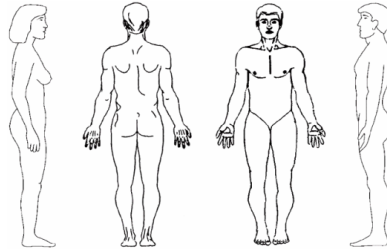
10. Schmerzqualität:

- scharf dumpf brennend ziehend bohrend stechend hämmernd
 messerstichartig ausstrahlend von: _____ bis: _____
 anders, nämlich: _____

11. Schmerzdauer:

- dauernd vor allem tagsüber vor allem nachts
 in Abständen von _____ Minuten _____ Stunden _____ Tagen

12. Schmerlokalisation:



- Wundgrund Wundrand Wundumgebung

13. Schmerzintensität in Ruhe, bei Bewegung und bei Manipulation (NRS 0-10):

Wert in Ruhe Wert bei Bewegung Wert bei Manipulation, z. B. Verbandwechsel

14. Schmerzauslösende Faktoren:

- Liegen Stehen Sitzen Bewegen Kompressionsversorgung Verbandwechsel
 Sonstiges: _____

15. Folgen des Schmerzes:

- Appetitlosigkeit Schlaflosigkeit Arbeitsunfähigkeit Bewegungseinschränkung
 Sonstiges: _____

16. Schmerzlindernde Faktoren:

- Liegen Stehen Sitzen Bewegen
 Physikalische Maßnahmen (z. B. Kälte/Wärme) Akupunktur
 Ablenkung (z. B. Besuch, Fernsehen) Taping
 Sonstiges: _____

17. Schmerzerwartung bezogen auf die Wundbehandlung:

- keine kaum mittel hoch

18. Schmerzerfahrung bezogen auf die Wundbehandlung:

- keine kaum mittel hoch

Hinweise

Behandlungsstandard (BS 009) „Schmerzbehandlung bei Patienten mit chronischen Wunden“
Verfahrensstandard (VS 015) „Schmerzvermeidung beim Verbandwechsel“

erstellt / überarbeitet	Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung
21.11.2024	21.11.2024	21.11.2024	
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Sabrina Fehrmann Ltg. Standardgruppe	 Kerstin Protz 2. Vorsitzende WZHH	PDL Ärztliche Leitung