

## Schmerzvisite

Bewohner/in: \_\_\_\_\_

Bezugspflegekraft: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

Teilnehmer/innen der Schmerzvisite: \_\_\_\_\_

### Überprüfung der Schmerz- anamnese

Ist die Allgemeine Anamnese vollständig und auf dem  
aktuellen Stand?

JA  NEIN

Bemerkung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Liegt eine aktuelle Eigeneinschätzung oder  
Fremdeinschätzung vor?

JA  NEIN

Bemerkung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist die Schmerzbeschreibung aktuell und vollständig?

JA  NEIN

Bemerkung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind die Verordnungen der Schmerzmedikationen  
aktuell/gültig und die Schmerzmedikation vorrätig  
(Bedarfsmedikation und Dauermedikation)?

JA  NEIN

Bemerkung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Abb. 3: Formular »Schmerzvisite«

**Überprüfung der Schmerz-einschätzung**

Welches Schmerzeinschätzungsinstrument wird verwendet?

NRS  VRS  VAS  BESD

Anderes Einschätzungsinstrument

Bemerkung:

---

---

---

Werden in regelmäßigen Abständen und bei Bedarf die Schmerzen per Einschätzungsinstrument eingeschätzt?

JA  NEIN

Bemerkung:

---

---

---

**Überprüfung der Planung**

Ist der Pflegeplan hinsichtlich des Problems Schmerzen bearbeitet worden?

JA  NEIN

Bemerkung:

---

---

---

Sind die geplanten Maßnahmen sinnvoll und durchführbar?

JA  NEIN

Bemerkung:

---

---

---

Wurde der Pflegeplan in regelmäßigen Abständen evaluiert?

JA  NEIN

Bemerkung:

---

---

---

**Überprüfung der Durchführung**

Zeigen die durchgeführten Maßnahmen eine schmerzlindernde Wirkung bzw. erhöhen sie die Lebensqualität des Betroffenen?

JA  NEIN

Bemerkung:

---

---

---

Ist der Betroffene zufrieden mit den durchgeführten Maßnahmen?

JA  NEIN

Bemerkung:

---

---

---

**Überprüfung der Dokumentation**

Wurden Besonderheiten und Abweichungen vom Pflegeplan hinsichtlich des Themas Schmerz dokumentiert?

JA  NEIN

Bemerkung:

---

---

---

Sind die Medikamentengabe und andere ärztliche Verordnungen dokumentiert worden?

JA  NEIN

Bemerkung:

---

---

---

	<p>Wurden BTM-Medikamentengaben ordnungsgemäß dokumentiert?</p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>Bemerkung:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
--	--

<b>Zufriedenheit des/der Bewohner/Inn</b>	<p>Ist der/die Bewohner/in mit seiner Schmerztherapie zufrieden?</p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>Bemerkung:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
---	---

<p>Wünscht sich der/die Bewohner/in eine Intensivierung der Therapie?</p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>Bemerkung:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
--

**Problemlösungsansätze:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---