



# **PARTIZIPATIVE MAPPE**

**die etwas andere  
analoge  
interdisziplinäre  
Krankengeschichte**

**SCHMERZEDUKATION WIRKT!**  
**[www.schmerzlinks.at](http://www.schmerzlinks.at)**





# INHALT

Analoger interdisziplinärer Chat	1
Zuweisungen	2
Diagnosen Dauermedikation	3
Schmerzedukation Mitschriften	4
Aufklärung über Medikamente Schmerzalgorithmus	5
Schmerzfragebogen	6
Bildgebung Neurophysiologie	7
Arztbriefe	8
Physiotherapeutische Übungen	9
Selbsthilfe	10
	11
	12





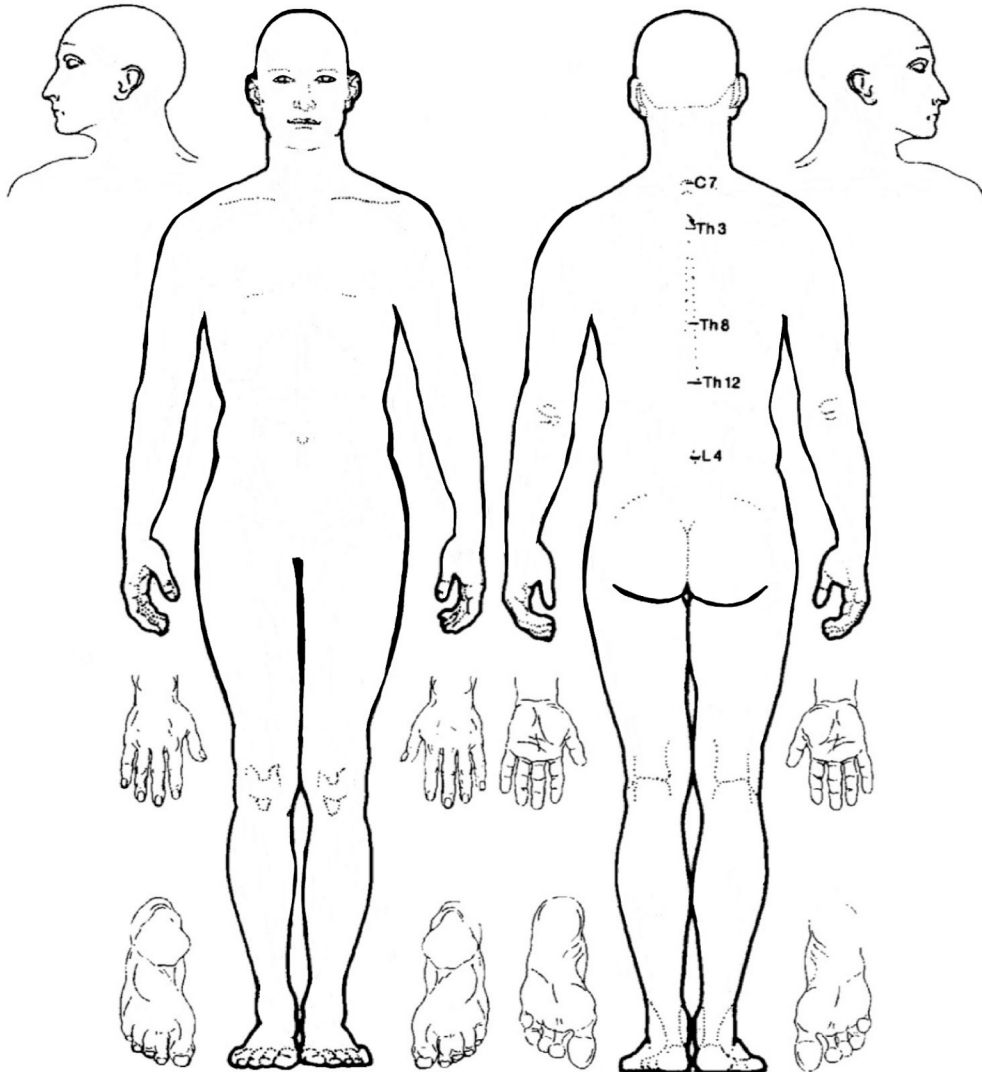


## MACHEN SIE IHRE SCHMERZEN SICHTBAR!

Bitte zeichnen Sie in der folgenden Darstellung ein, an **WELCHEN KÖRPERSTELLEN** Sie Schmerzen haben.

- Zeichnen Sie **ALLE Ihre Schmerzen** ein und markieren Sie die **UNTERSCHIEDLICHEN Schmerzen mit BUCHSTABEN**.
- Geben Sie bitte auch die **SCHMERZSTÄRKE** der unterschiedlichen Schmerzen an (0=keine Schmerzen, 10= stärkste Schmerzen)
- Zeichnen Sie bitte in der Darstellung zusätzlich auch Ihre **OPERATIONEN** ein. Sie können beim Einzeichnen Ihrer Schmerzen und Ihrer Operationen mit unterschiedlichen Farben, Formen und Symbolen arbeiten.

Falls Sie eine **genauere Anleitung** oder **Inspiration** benötigen, finden Sie auf [www.schmerzlinks.at](http://www.schmerzlinks.at) einige Beispiele von Patient\*innen, die Ihnen beim Ausfüllen behilflich sein könnten.



Bitte beschreiben Sie in der folgenden Tabelle **WIE** sich Ihre Schmerzen an der jeweiligen Körperstelle **anfühlen**, die **SCHMERZSTÄRKE** und die **DAUER**:

SCHMERZ Buchstabe	SCHMERZ- STÄRKE	BESCHREIBUNG DES SCHMERZES	DAUER

### PLATZ FÜR ANMERKUNGEN





## BITTE FÜLLEN SIE DIE ZEICHNUNG AM ENDE IHRER REHABILITATION NOCHMALS AUS UND BRINGEN SIE SIE ZU IHRER ABSCHLUSSUNTERSUCHUNG MIT

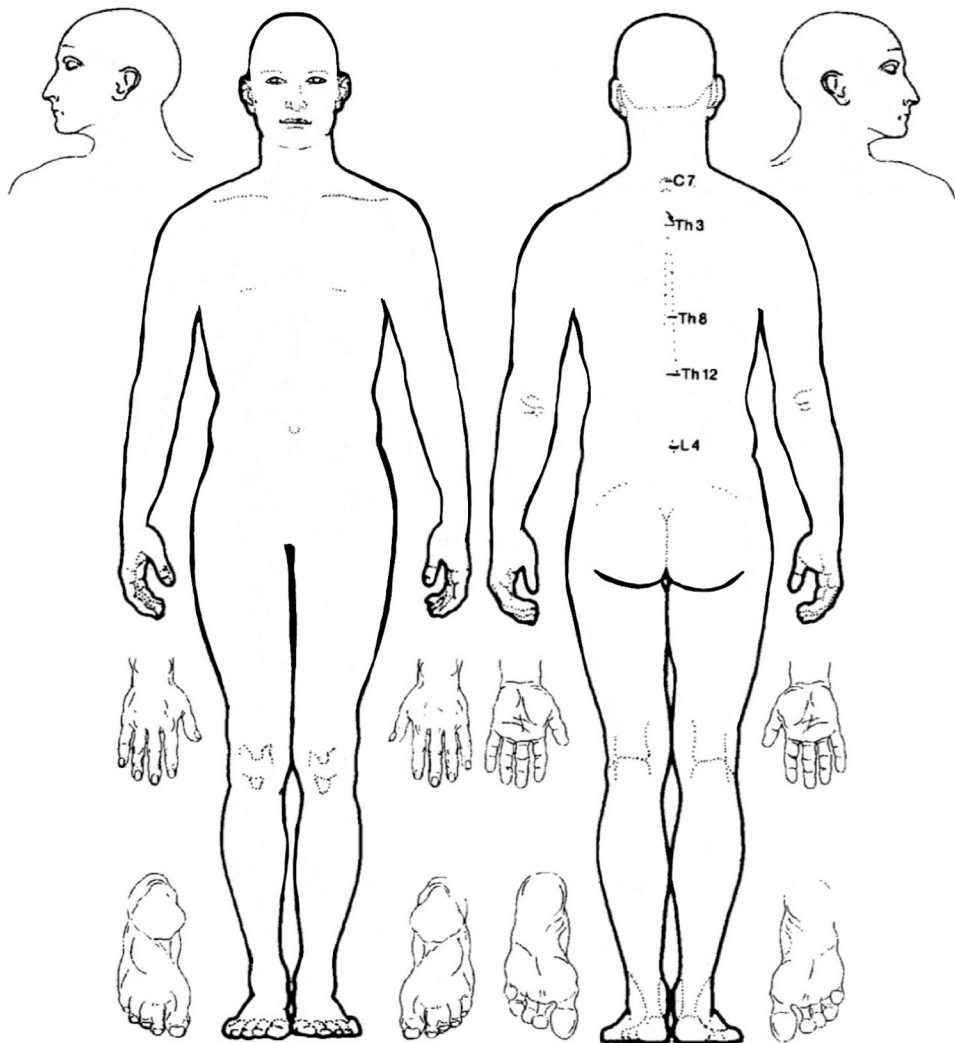


Bitte zeichnen Sie in der folgenden Darstellung ein, an **WELCHEN KÖRPERSTELLEN** Sie Schmerzen haben.

- Zeichnen Sie **ALLE Ihre Schmerzen** ein und markieren Sie die **UNTERSCHIEDLICHEN Schmerzen mit BUCHSTABEN**.
- Geben Sie bitte auch die **SCHMERZSTÄRKE** der unterschiedlichen Schmerzen an (0=keine Schmerzen, 10= stärkste Schmerzen)
- Zeichnen Sie bitte in der Darstellung zusätzlich auch Ihre **OPERATIONEN** ein. Sie können beim Einzeichnen Ihrer Schmerzen und Ihrer Operationen mit unterschiedlichen Farben, Formen und Symbolen arbeiten.

Falls Sie eine **genauere Anleitung** oder **Inspiration** benötigen, finden Sie auf [www.schmerzlinks.at](http://www.schmerzlinks.at) einige Beispiele von Patient\*innen, die Ihnen beim Ausfüllen behilflich sein könnten.

Bitte beschreiben Sie in der folgenden Tabelle **WIE** sich Ihre Schmerzen an der jeweiligen Körperstelle **anfühlen**, die **SCHMERZSTÄRKE** und die **DAUER**:



SCHMERZ Buchstabe	SCHMERZ- STÄRKE	BESCHREIBUNG DES SCHMERZES	DAUER

### PLATZ FÜR ANMERKUNGEN

# WIE ES IM ANSCHLUSS AN DIE REHABILITATION WEITERGEHEN KANN:

## Ambulante Phase III - Reha

Beachten Sie, dass Sie im Anschluss an Ihre stationäre Rehabilitation bis zu 6 Monate Zeit haben, um eine ambulante und berufs begleitende Phase III – Rehabilitation aus demselben Formenkreis anzuschauen.  
Entsprechende Einrichtungen finden Sie auf [www.rehakompass.at](http://www.rehakompass.at)

## Schmerzambulanzen im Raum Wien:

### Klinik Landstraße

1030 Wien, Juchgasse 25

Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin

Ambulanz/Praxis für spezielle Schmerztherapie

T: +43 1 71165 4031

E: [postklaast@gesundheitsverbund.at](mailto:postklaast@gesundheitsverbund.at)

### Klinik Donaustadt

1220 Wien, Langobardenstraße 122

Ambulanz der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

Schmerzambulanz

T: +43 1 28802 744591

### Krankenhaus Nord

1210 Wien, Brünnerstraße 68

Interdisziplinäre Schmerzambulanz der Abteilung

Anästhesie und Intensivmedizin

T: +43 1 27700 3940

E: [khn.post@wienkav.at](mailto:khn.post@wienkav.at)

### Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien

1020 Wien, Johannes von Gott Platz 1

Abteilung für Anästhesiologie, Intensivmedizin und

Schmerztherapie

Schmerzambulanz

T: +43 1 21121-1510

### Klinik Ottakring

1160 Wien, Monteartstraße 37

Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Schmerzmedizin

Allgemeine Schmerzambulanz - Pavillon 16, 1. Stock

T: +43 1 49150 4011

E: [post.kor.schmerzambulanz@gesundheitsverbund.at](mailto:post.kor.schmerzambulanz@gesundheitsverbund.at)

### Klinik Hietzing

1130 Wien, Wolkersberggenstr. 1 (Pavillon 3, EG)

Interdisziplinäre Schmerzambulanz

Ambulante Begutachtung nur nach telefonischer Voranmeldung möglich.

T: +43 1 80 110 2073

### AKH Wien

1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

Klin. Abteilung für Spezielle Anästhesie und Schmerztherapie

Ambulanz für Schmerztherapie

T: +43 1 404 00-41660 (13.00 – 15.00 Uhr)

E: [postakhaneb@akhwien.at](mailto:postakhaneb@akhwien.at)

### Mein Gesundheitszentrum Neubau der ÖGK

1070 Wien, Andreasgasse 3

Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation

Interdisziplinäres Schmerzzentrum

T: +43 5 0766-1115070

E: [physmed-nebau@oegk.at](mailto:physmed-nebau@oegk.at)

**NAME****1. Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?****2. Wann sind Ihre Schmerzen besonders stark? (Mehrfachnennung möglich)**

- morgens       nachmittags       nachts       nach dem Schlafen  
 mittags       abends       nach Belastung  
 sonstiges

**3. Kreuzen Sie bitte auf den unten aufgeführten Skalen an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (falls Sie Medikamente einnehmen, kreuzen Sie bitte die Schmerzstärke an, die Sie unter Ihrer Dauermedikation empfinden)..**

0 = keine Schmerzen, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

**a. Wie stark sind Ihre Schmerzen IN DIESEM AUGENBLICK?**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**b. Wie stark waren Ihre Schmerzen durchschnittlich in den LETZTEN 4 WOCHEN?**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**c. Wie stark waren Ihre stärksten Schmerzen in den LETZTEN 4 WOCHEN?**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**d. Welche Schmerzstärke wäre für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich?**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**e. Können Sie sich an Ihren letzten schmerzfreien Tag / Moment erinnern? Wenn ja, wann war das?****4. An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten 3 MONATEN aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?** Tagen**5. In welchem Maße haben Ihre Schmerzen in den letzten 3 MONATEN folgende Tätigkeiten beeinträchtigt?**

0 = keine Beeinträchtigung, 10 = volle Beeinträchtigung.

**a. Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen,...)**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**b. Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis?**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**c. Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit, Kinderbetreuung, Pflegearbeit,...)?**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Platz für zusätzliche Anmerkungen**

---

---

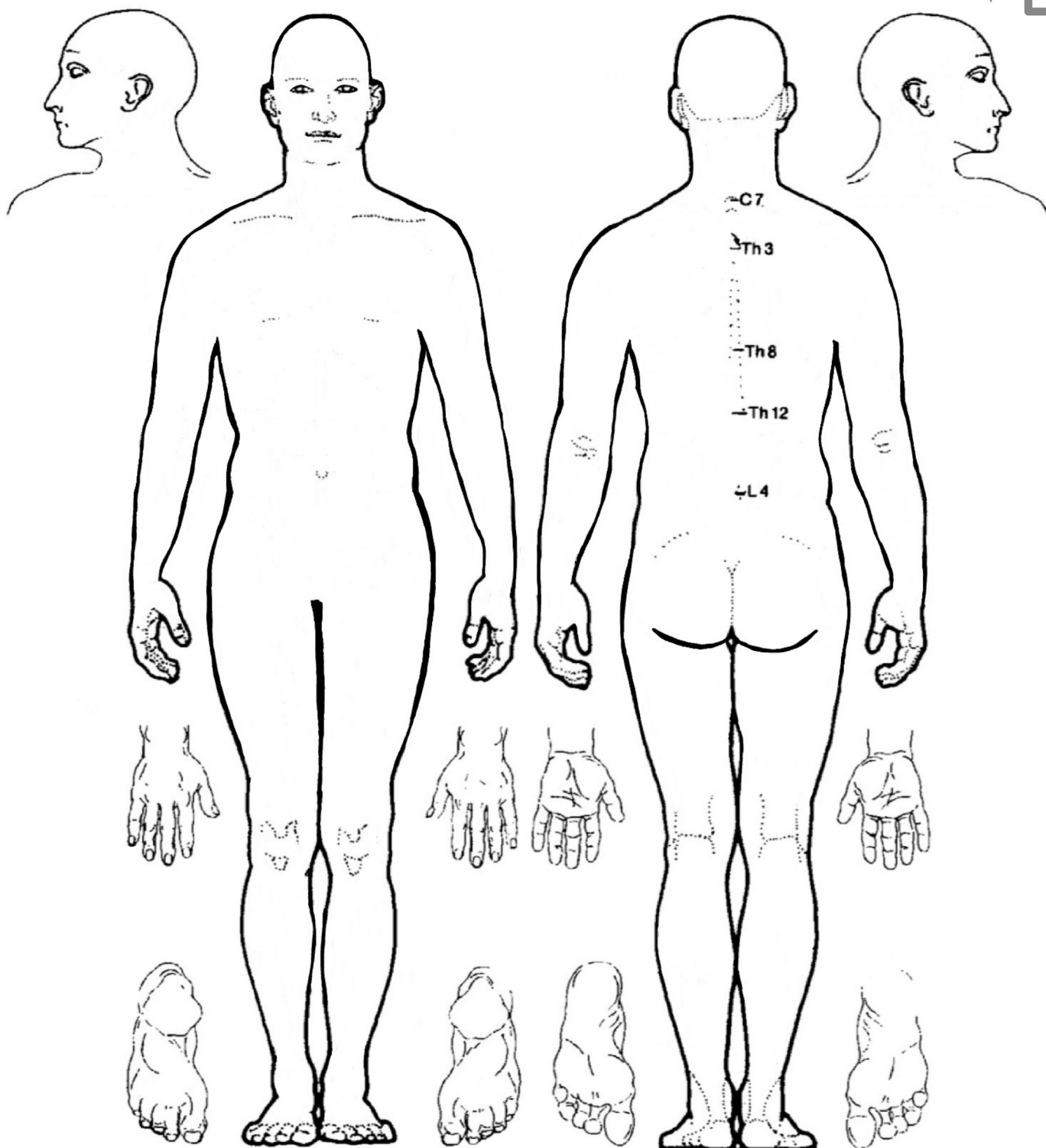


**MACHEN SIE IHRE SCHMERZEN FÜR IHRE THERAPEUT\*INNEN SICHTBAR:****6. Bitte zeichnen Sie in der folgenden Darstellung ein, an WELCHEN KÖRPERSTELLEN Sie Schmerzen haben.**

- Zeichnen Sie **ALLE** Ihre Schmerzen ein und markieren Sie die **UNTERSCHIEDLICHEN** Schmerzen mit **BUCHSTABEN**.
- Geben Sie bitte auch die **SCHMERZSTÄRKE** der unterschiedlichen Schmerzen an (**0=keine Schmerzen, 10= stärkste Schmerzen**)
- Zeichnen Sie bitte in der Darstellung **zusätzlich** auch Ihre **OPERATIONEN** ein.

Sie können beim Einzeichnen Ihrer Schmerzen und Ihrer Operationen mit unterschiedlichen Farben, Formen und Symbolen arbeiten.

Falls Sie eine genauere Anleitung oder Inspiration benötigen, finden Sie auf [www.schmerzlinks.at](http://www.schmerzlinks.at) (direkt mittels QR - CODE erreichbar) einige Beispiele von Patient\*innen, die zur Beschreibung Ihrer Schmerzen hilfreich sein könnten.



**7. Bitte beschreiben Sie in den folgenden 2 Tabellen Ihre EINGEZEICHNETEN NUMMERIERTEN SCHMERZEN:**

**a. kreuzen Sie in dieser Tabelle folgende Beschreibungen an, die auf Ihre Schmerzen zutreffen und tragen Sie den Buchstaben des eingezeichneten Körperteils ein**

BESCHREIBUNG DES SCHMERZES	WENN JA, WO? >>>	SCHMERZLOKALISATION Buchstabe oder Körperteil
<b>brennend</b> (z.B. wie Brennesseln oder heißes Öl)	<input type="radio"/> ja >>>	
<b>kribbeln od. prickelnd</b> (z.B. wie Ameisenlaufen)	<input type="radio"/> ja >>>	
<b>ist leichte Berührung schmerzhaft?</b> (z.B. wie Kleidung, Bettdecke)	<input type="radio"/> ja >>>	
<b>Kälte</b>	<input type="radio"/> ja >>>	
<b>Taubheit</b>	<input type="radio"/> ja >>>	
<b>blitzartige, elektrisierende Schmerzattacken</b>	<input type="radio"/> ja >>>	

**b. Bitte beschreiben Sie hier, WIE sich Ihre SCHMERZEN an der jeweiligen Körperstelle ANFÜHLT. In der Box auf der rechten Seite finden Sie eine Liste mit Adjektiven, die Ihnen bei der Beschreibung Ihrer Schmerzen hilfreich sein könnten.**

Falls Sie eine genauere Anleitung oder Inspiration benötigen, finden Sie auf [www.schmerzlinks.at](http://www.schmerzlinks.at) (direkt mittels QR - CODE erreichbar) einige Beispiele von Patient\*innen, die zur Beschreibung Ihrer Schmerzen hilfreich sein könnten.

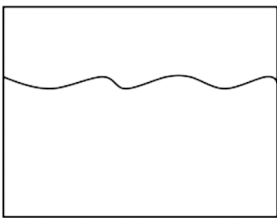


SCHMERZ-LOKALISATION (Buchstabe)	SCHMERZ-STÄRKE	BESCHREIBUNG DES SCHMERZES
BEISPIEL SCHMERZ "A"		ZIEHEND
A		
B		
C		
D		
E		
F		
G		

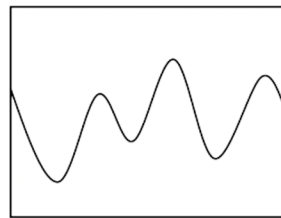
**Liste von möglicherweise hilfreichen ADJEKTIVE zur BESCHREIBUNG Ihrer Schmerzen**

- pulsierend
- klopfend
- pochend
- durchtrennend
- scharf
- schneidend
- zerreißend
- einschießend
- beengend
- beklemmend
- dumpf
- drückend
- stechend
- bohrend
- ziehend
- zerreißend
- kribbelnd
- juckend
- krampfartig
- ermüdend
- erschöpfend
- quälend
- marternd
- zermürend
- schweißtreibend
- Übelkeit
- erregend
- kolikartig
- wehenartig
- wellenförmig
- beunruhigend
- erschreckend
- furchterregend
- grausam

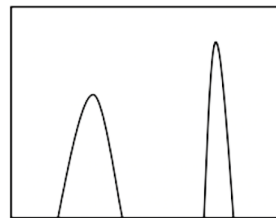


**8. Auf welche URSACHEN führen Sie Ihre Schmerzen zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)** für mich ist keine Ursache erkennbar auf eine bestimmte Krankheitwenn ja, welche?  auf eine Operationwenn ja, welche? Datum der Operation:  auf einen Unfallwenn ja, welchen? Datum des Unfalls:  auf körperliche Belastung auf seelische Belastung auf eine andere Ursachewenn ja, welche? **9. Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen in den LETZTEN 4 WOCHEN am besten zu?****(Bitte nur eine Angabe machen!)**

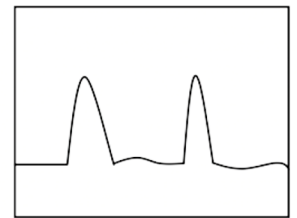
Zeit

Dauerschmerzen  
mit leichten  
Schwankungen

Zeit

Dauerschmerzen  
mit starken  
Schwankungen

Zeit

Schmerzattacken,  
dazwischen  
schmerzfrei

Zeit

Schmerzattacken,  
auch dazwischen  
Schmerzen**Falls Sie unter SCHMERZATTACKEN leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie zusätzlich bitte noch folgende 2 Fragen:****a. wie oft treten diese Attacken durchschnittlich auf?****b. wie lange dauern diese Attacken durchschnittlich?****10. Wie reagieren Sie für gewöhnlich, wenn Sie starke Schmerzen haben? (Mehrfachnennung möglich)** körperlich schonen Auf- und Abgehen Hinlegen versuchen sich abzulenken Medikamente nehmen Bewegung Lagewechsel aushalten, ertragen sonstiges **11. Wie können Sie Ihre Schmerzen positiv beeinflussen?** Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen



**12. Was löst Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen aus oder verschlimmert sie?** Ich weiß es nicht**13. Welche Umstände erschweren Ihnen den Umgang mit den Schmerzen oder Ihren Beeinträchtigungen?**im häuslichen Umfeld im beruflichen Umfeld **14. Leiden Sie unter BEGLEITSYMPTOME in Bezug auf Ihre Schmerzerkrankung? (Mehrfachnennung möglich)**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Schlafstörungen         | <input type="radio"/> Magenbeschwerden | <input type="radio"/> Appetitlosigkeit  |
| <input type="radio"/> Kraftverlust            | <input type="radio"/> Schwindel        | <input type="radio"/> Lustlosigkeit     |
| <input type="radio"/> Konzentrationsstörungen | <input type="radio"/> Übelkeit         | <input type="radio"/> Hautveränderungen |
| <input type="radio"/> sonstiges               | <input type="text"/>                   |   |

**15. Sind diese Symptome abhängig von.....? (Mehrfachnennung möglich)**

- |                                     |                                     |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> ... Belastung | <input type="radio"/> ... Schmerzen | <input type="radio"/> ... Medikamenten |
| <input type="radio"/> inwiefern?    | <input type="text"/>                |  |

**16. SCHLAF: falls Sie Schlafstörungen haben, leiden Sie unter....**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> ich schlafe sehr gut | <input type="radio"/> ... vorzeitiges Erwachen | <input type="radio"/> ... Durchschlafstörung | <input type="radio"/> ... Einschlafstörung (über 1 Stunde) |
| <input type="radio"/> ... Schlafapnoe      |  |  |  |

**a. Wieviele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?** Stunden**b. Wieviele Stunden Schlaf denken Sie zu benötigen?** Stunden**c. Um wieviel Uhr gehen Sie für gewöhnlich schlafen?** Uhr**d. Wie lange benötigen Sie um einzuschlafen?****e. Wachen Sie morgens müde auf?** ja  nein**f. Haben Sie Alpträume?** ja  nein**g. Schlafen Sie tagsüber?** ja  neinwenn ja, wie lange? **h. Denken Sie, dass Sie nachts mit den Zähnen knirschen / pressen?** ja  nein

**17. SEELISCHE LEIDEN, SYMPTOME: Leiden Sie unter...**

- Burnout                       Ängsten                       Panikattacken  
 Depressionen                 Gedankenkreisen             Flashbacks (wiederkehrende Bilder von belastenden Situationen)  
 PTBS                             Zwängen                       Essstörung  
 andere

**18. Falls Sie KOPFSCHMERZEN haben, leiden Sie zusätzlich unter...?**

- ...Übelkeit oder Erbrechen  
 ...Licht- und Lärmempfindlichkeit  
 ...verstärkt sich Ihr Kopfschmerz, wenn Sie Sport betreiben oder sich bücken

**19. Leiden Sie unter VERDAUUNGSBESCHWERDEN?**

- ja                                 nein  
 Reizdarm                       Verstopfung  
 andere

**20. An FRAUEN:****a. Haben Sie einen Kinderwunsch?**

- ja                                 nein

**b. Verhüten Sie?**

- ja                                 nein

wenn ja, wie?

**c. Leiden Sie unter Regelschmerzen?**

- ja                                 nein
- 

**d. Anzahl der Schwangerschaften / Geburten**

**21. Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt? Kreuzen Sie bitte die Behandlungsmaßnahmen an, die Sie bereits erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob die entsprechende Maßnahme Ihre Schmerzen gelindert hat.**

**KREUZEN SIE BITTE JENE BEHANDLUNGEN**
**WAR DIE BEHANDLUNG WIRKSAM?**
**AN, DIE SIE BISHER ERHALTEN HABEN:**
**ja**
**etwas**
**nein**

<input type="radio"/> Medikamente	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Infusionen	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> diverse Infiltrationen	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Physiotherapie	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Tens (Elektrische Nervenstimulation)	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Schmerzedukation, Aufklärung über Schmerz	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Massagen, Bäder, Kälte- oder Wärmetherapie	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Psychotherapie	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Neuraltherapie	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Akupunktur	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Chiropraktik, Osteopathie	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Entspannungsverfahren, Hypnose	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Selbsthilfegruppe	wenn ja >>>>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> bisher keine Schmerzbehandlung				



**22. SCHMERZMEDIKATION: Notieren Sie hier bitte nur jene Medikamente, die Sie (in der Früh, Mittags, Abends, Nachts oder bei Bedarf) GEGEN SCHMERZEN einnehmen:**

<b>FRÜH</b>	
<b>MITTAG</b>	
<b>ABEND</b>	
<b>NACHT</b>	
<b>BEI BEDARF</b>	

**23. Haben Sie eine ALLERGIE oder eine UNVERTRÄGLICHKEIT gegen Medikamente oder Nahrungsmittel?**

ja  nein

wenn ja, gegen welche?

**24. Sind Sie RAUCHER\*IN?**

ja  nein  gelegentlich

**25. Was sollten die behandelnden Personen noch über Sie wissen, um Sie bestmöglich behandeln zu können?**

.....

.....

**26. OPTIONAL: Bitten Sie eine nahestehende Person diese Frage zu beantworten:**

**Wie nehmen Sie die Schmerzen, die Schmerzerkrankung und die Beeinträchtigung des Alltags aufgrund der Schmerzen unserer Patient\*in wahr?**

.....

.....

**27. Was ist Ihre ERWARTUNG an die Rehabilitation?**

.....

.....

**28. Haben Sie FRAGEN an Ihre behandelnden Personen? Was ist Ihnen noch wichtig, Ihren behandelnden Personen mitzuteilen?**

.....

.....



**29. Bitte füllen Sie folgenden Schmerzkalender an 1 - 2 Tagen / Woche während Ihrer Zeit auf der Reha aus.**

DATUM	SCHMERZSTÄRKE	ZEIT	REGION bzw. KÖRPERTEIL	BEMERKUNGEN zB. Bedarfsmedikation? Welche?
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vormittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nachmittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Abend		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nacht		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vormittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nachmittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Abend		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nacht		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vormittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nachmittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Abend		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nacht		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vormittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nachmittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Abend		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nacht		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vormittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nachmittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Abend		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nacht		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vormittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nachmittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Abend		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nacht		

**Platz für Anmerkungen / besondere Vorkommnisse:**

.....

.....



**30. Bitte füllen Sie folgenden Schmerzkalender an 1 - 2 Tagen / Woche während Ihrer Zeit auf der Reha aus.**

DATUM	SCHMERZSTÄRKE	ZEIT	REGION bzw. KÖRPERTEIL	BEMERKUNGEN zB. Bedarfsmedikation? Welche?
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vormittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nachmittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Abend		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nacht		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vormittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nachmittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Abend		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nacht		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vormittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nachmittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Abend		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nacht		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vormittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nachmittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Abend		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nacht		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vormittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nachmittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Abend		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nacht		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vormittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nachmittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Abend		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nacht		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vormittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nachmittag		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Abend		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nacht		

**Platz für Anmerkungen / besondere Vorkommnisse:**

.....

.....



## Patientenaufklärung zur Opioidaufnahme

### Bitte lesen Sie dieses Blatt genau durch. Bei Einverständnis bitten wir Sie um eine Unterschrift.

Da aufgrund Ihrer sehr starken Schmerzen andere Methoden der Schmerzlinderung nicht den gewünschten Erfolg gebracht haben bzw. erwarten lassen, hat Ihnen Ihr Arzt eine Opioidaufnahme empfohlen.

Opioid sind Medikamente, welche bei sehr starken Schmerzen verabreicht werden. Die Abgabe und Verwendung dieser Medikamente wird durch das Suchtmittelgesetz geregelt. Deshalb bitten wir Sie um eine regelmäßige Kontrolle (mindestens alle 3 Monate), wobei in der anfänglichen Zeit die Kontrollen engmaschiger, d.h. 14-tägig bzw. monatlich, erfolgen müssen. Auch dürfen Sie diese Medikamente nur durch den verordneten Arzt bzw. durch Ihren Hausarzt beziehen.

Bei unsachgemäßer Anwendung können diese Medikamente zu einem Suchtpotenzial (Abhängigkeit) führen, weshalb Änderungen in der Dosierung mit dem Arzt besprochen werden müssen. Eine Weitergabe von Medikamenten an Dritte ist verboten.

Es können vor allem in der Einstellungsphase Nebenwirkungen wie Müdigkeit und Schwindel bzw. Übelkeit und Erbrechen auftreten. Die meisten Symptome verschwinden nach ein paar Tagen. Sie erhalten anfänglich Medikamente, um diese Nebenwirkungen so gering wie möglich zu halten. Verstopfung, eine sehr häufige Begleitsymptomatik, muss aber sehr häufig vorbeugend langfristig behandelt werden.

### Nebenwirkungen können sein:

Übelkeit und Erbrechen, Verstopfung, Müdigkeit und Schwindel, Mundtrockenheit, Harnverhalten, Juckreiz, Euphorie.

*Sehr seltene Nebenwirkungen:* Bronchospasmus (Luftnot), Atemdepression (vor allem bei unsachgemäßer Überdosierung).

Der Vorteil der Opioid ist, dass sie keine Organschädigung verursachen. Sie müssen aber Ihren Arzt darüber informieren, falls Ihre Organe bereits beeinträchtigt sind.

Wir müssen Sie darauf aufmerksam machen, dass es besonders in der Einstellungsphase zur Einschränkung der Verkehrssicherheit kommen kann. Wir ersuchen Sie, in dieser Zeit kein Fahrzeug zu lenken. Auch die Bedienung gefährlicher Maschinen sollte in dieser Phase unterlassen werden.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass ein rasches Absetzen von Opioiden zu Nebenwirkungen wie schnelle Atmung, Schweißausbruch, Beschleunigung des Herzschlages, Zittern, Unruhe und Magen-Darm-Beschwerden führen kann. Wenn Opioid abgesetzt werden, müssen sie langsam reduziert werden, dann treten diese Nebenwirkungen kaum auf.

### Einwilligungserklärung:

Ich, ....., habe den oben stehenden Text gelesen und den Inhalt verstanden. Ich hatte Gelegenheit mit dem behandelten Arzt über die geplante Behandlung zu sprechen und ihn über verbliebene Unklarheiten zu befragen. Ich habe keine weiteren Fragen und willige der Behandlung mit Opioiden ein.

Datum: ..... Unterschrift: .....

### Fragen des Patienten:

Die Dauer der Opioidtherapie ist vorerst für die Dauer des Aufenthaltes in der Rehabilitation gedacht, um die aktive Mitwirkung an den Therapien zu unterstützen. Weiterführend empfehlen wir nach dem Aufenthalt die Vorstellung bei einem Arzt / einer Ärztin mit „**ÖÄK Diplom Spezielle Schmerztherapie**“. Entsprechende Ärzt\*innen findet man auf [www.praxisplan.at](http://www.praxisplan.at). Alternativ wäre auch die Vorstellung in einer Schmerzambulanz möglich.

**Falls Sie auf der Rehabilitation auf ein Matrixpflaster eingestellt wurden:**

Sie haben ein Pflaster der Firma \_\_\_\_\_ erhalten.

Es handelt sich hierbei um ein Matrixpflaster, welches zum Zweck der Dosisfindung zerschnitten werden darf. **Bitte beachten Sie, dass nur Matrixpflaster zerschnitten werden dürfen!**