

## 1. Messung

☐ Interventionsmessung ☐ Nullwertmessung

Hinweis: Bitte geben Sie für den Behandlungsfall an, ob dieser für eine Nullwertmessung oder eine Interventionsmessung dokumentiert wird.

## 2. Qualitätsvertrag-Kennzeichnung

Format: QV-XX-00000-0000

QV -  -  -

Hinweis: Es ist die Qualitätsvertrag-Kennzeichnung anzugeben, die das IQTIG vergeben hat.

## 3. Institutionskennzeichen (Leistungserbringer)

nach ARGE-IK

## 4. Pseudonym

Hinweis: Die Pseudonyme werden mithilfe der entsprechenden Falllisten zugeordnet.

## 5. Geburtsdatum

Format: TT.MM.JJJJ

..

## 6. Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ unbestimmt

## 7. Institutionskennzeichen der Krankenkasse gemäß Projektplan

nach ARGE-IK

## 8. Postleitzahl (PLZ) des entlassenden Standorts



**16. Leidet die Patientin/der Patient unter chronischen Schmerzen?**

☐ ja ☐ nein

*Hinweis: Chronische Schmerzen beschreiben einen Zustand mit anhaltenden oder rezidivierenden Schmerzen, der seit mindestens 6 Monaten besteht.*

**17. Soll die Patientin/der Patient eine teilstationäre oder vollstationäre Schmerztherapie erhalten?**

☐ ja ☐ nein

**18. Handelt es sich um eine teil- oder vollstationäre Behandlung?**

☐ teilstationäre Behandlung ☐ vollstationäre Behandlung

nicht zur Dokumentation verwendbar

## 19. Bitte dokumentieren Sie nachfolgend die Ergebnisse aus dem Schmerzfragebogen (Aufnahme).

☐ Die Bearbeitung des Schmerzfragebogens zur Schmerzstärke und den Auswirkungen des Schmerzes durch die Patientin/den Patienten war nicht möglich bspw. aufgrund ihres/seines Zustands.

**Schmerzfragebogen 1a: Geben Sie zunächst Ihre momentane Schmerzstärke an**

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz				stärkster vorstellbarer Schmerz						

**Schmerzfragebogen 1b: Geben Sie jetzt bitte Ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an**

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz				stärkster vorstellbarer Schmerz						

**Schmerzfragebogen 1c: Geben Sie jetzt bitte Ihre größte Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an**

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz				stärkster vorstellbarer Schmerz						

## 19. Bitte dokumentieren Sie nachfolgend die Ergebnisse aus dem Schmerzfragebogen (Aufnahme).

**Schmerzfragebogen 2a: An wie vielen Tagen**  
konnten Sie **in den letzten 3 Monaten** aufgrund von  
Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten  
nachgehen (z. B. Beruf, Schule, Haushalt)?

Ich konnte meinen üblichen Aktivitäten ...

... an etwa   Tagen **nicht** nachgehen.

... an allen Tagen nachgehen ☐

**Schmerzfragebogen 2b: In welchem Maße haben**  
die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren  
**Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.)  
beeinträchtigt?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10  
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

**Schmerzfragebogen 2c: In welchem Maße haben die**  
Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre  
**Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im  
**Familien- und Freundeskreis** beeinträchtigt?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10  
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

**Schmerzfragebogen 2d: In welchem Maße haben**  
die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre  
**Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit)  
beeinträchtigt?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10  
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

**20. Wurde ein Schmerz-Assessment durchgeführt?**

☐ ja

☐ nein

**Wurde eine Schmerzanamnese durchgeführt?**

☐ ja

☐ nein

**Wurde ein Behandlungsplan für die Patientin/den Patienten erstellt?**

☐ ja

☐ nein

**Bitte geben Sie das Datum an, zu dem das Schmerz-Assessment erfolgt ist.**

Format: TT.MM.JJJJ

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**21. Erfolgte eine Überprüfung der Schmerztherapie (Re-Evaluierung, Wiederholung des Schmerz-Assessments)?**

☐ ja

☐ nein

*Hinweis: In der Re-Evaluierung/Wiederholung des Schmerz-Assessments erfolgt insbesondere die Überprüfung der Schmerztherapie auf Grundlage der Schmerzsymptomatik (inkl. Medikamentenmanagement bei medikamentöser Therapie) und, falls erforderlich, eine Anpassung der Schmerztherapie.*

**Wie häufig wurde eine Re-Evaluierung bzw. eine Wiederholung des Schmerz-Assessments durchgeführt?**

--	--

**Bitte geben Sie das Datum an, zu welchem das letzte Schmerz-Assessment durchgeführt wurde.**

Format: TT.MM.JJJJ

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**22. Erhielt die Patientin/der Patient einen Patientenbrief?**

☐ ja

☐ nein

**Enthält der Patientenbrief den stationären Behandlungsverlauf (u. a. Diagnosen, Therapien)?**

☐ ja

☐ nein

**Enthält der Patientenbrief empfohlene therapeutische Maßnahmen für die Zeit nach der Entlassung?**

☐ ja

☐ nein

**Enthält der Patientenbrief bestehende Planungen für die nachgelagerte ambulante Versorgung der Patientin/des Patiententen (Kontakte/Ansprechpartner, weitere Termine zur Vorstellung)?**

☐ ja

☐ nein

**Enthält der Patientenbrief weiterführende Informationen?**

☐ ja

☐ nein

nicht zur Dokumentation verwendbar

## 23. Bitte dokumentieren Sie nachfolgend die Ergebnisse aus dem Schmerzfragebogen (3 Monate nach der Aufnahme).

☐ Die Bearbeitung des Schmerzfragebogens zur Schmerzstärke und den Auswirkungen des Schmerzes durch die Patientin/den Patienten war nicht möglich bspw. aufgrund ihres/seines Zustands.

**Schmerzfragebogen 1a: Geben Sie zunächst Ihre momentane Schmerzstärke an**

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz									stärkster vorstellbarer Schmerz	

**Schmerzfragebogen 1b: Geben Sie jetzt bitte Ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an**

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz									stärkster vorstellbarer Schmerz	

**Schmerzfragebogen 1c: Geben Sie jetzt bitte Ihre größte Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an**

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz									stärkster vorstellbarer Schmerz	



## 23. Bitte dokumentieren Sie nachfolgend die Ergebnisse aus dem Schmerzfragebogen (3 Monate nach der Aufnahme).

**Schmerzfragebogen 2a: An wie vielen Tagen**  
konnten Sie **in den letzten 3 Monaten** aufgrund von  
Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten  
nachgehen (z. B. Beruf, Schule, Haushalt)?

Ich konnte meinen üblichen Aktivitäten ...

... an etwa   Tagen **nicht** nachgehen.

... an allen Tagen nachgehen ☐

**Schmerzfragebogen 2b: In welchem Maße haben**  
die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren  
**Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.)  
beeinträchtigt?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10  
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

**Schmerzfragebogen 2c: In welchem Maße haben die**  
Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre  
**Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im  
**Familien- und Freundeskreis** beeinträchtigt?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10  
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung

**Schmerzfragebogen 2d: In welchem Maße haben**  
die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre  
**Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit)  
beeinträchtigt?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10  
keine Beeinträchtigung völlige Beeinträchtigung