

## OPQRST

<b>O</b> Onset	<b>Onset (Beginn/Einsetzen)</b> Wann und wie haben die Beschwerden begonnen? Plötzlich oder progredient?
<b>P</b> Provocation	<b>Provocation / Palliation (Verstärkung/Linderung)</b> Lassen sich die Beschwerden verstärken oder lindern? Sind sie z.B. Lage-, Atmungs-, Bewegungs- oder Berührungsabhängig?
<b>Q</b> Quality	<b>Quality (Charakter)</b> Wie fühlt sich der Schmerz an? Stechend oder dumpf, drückend oder brennend?
<b>R</b> Radiation	<b>Radiation (Ort/Ausstrahlung)</b> Lässt sich der Schmerz auf einen Ort eingrenzen? Wohin strahlt er aus?
<b>S</b> Severity	<b>Severity (Stärke)</b> Wie stark ist der Schmerz auf einer Skala (NAS/NRS) von 0 „gar kein Schmerz“ bis 10 „unerträglicher Schmerz“? Ggf. andere Schmerz-Skalen verwenden (Facial Pain Scale, KUSS).
<b>T</b> Time	<b>Time (Verlauf)</b> Haben sich die Beschwerden im Verlauf verändert? Sind die Beschwerden dauerhaft oder kommend und gehend?