

# Tagebuch Schmerzbehandlung

Datum:						Datum:						Datum:						Datum:					
Name (Kleber)																							
morgens						morgens						morgens						morgens					
mittags						mittags						mittags						mittags					
abends						abends						abends						abends					
nachts						nachts						nachts						nachts					
b. Bedarf						b. Bedarf						b. Bedarf						b. Bedarf					
<b>Schmerzmedikation</b>																							
1.																							
2.																							
3.																							
<b>Stärkster Schmerz</b>						Bitte ankreuzen						Bitte ankreuzen						Bitte ankreuzen					
10						10						10						10					
9						9						9						9					
8						8						8						8					
7						7						7						7					
6						6						6						6					
5						5						5						5					
4						4						4						4					
3						3						3						3					
2						2						2						2					
1						1						1						1					
<b>Kein Schmerz</b>						Bitte ankreuzen						Bitte ankreuzen						Bitte ankreuzen					
10						10						10						10					
9						9						9						9					
8						8						8						8					
7						7						7						7					
6						6						6						6					
5						5						5						5					
4						4						4						4					
3						3						3						3					
2						2						2						2					
1						1						1						1					
<b>Ich hab mich ... gefühlt</b>						wohl						mäßig						schlecht					
<b>Schmerz hat meine Aktivität ... beeinflussen</b>						nicht						Zum Teil						stark					

Datum:						Datum:						Datum:						Ende __ Woche	
Name (Kleber)	morgens	mittags	abends	nachts	b. Bedarf		morgens	mittags	abends	nachts	b. Bedarf		morgens	mittags	abends	nachts	b. Bedarf		
<b>Schmerzmedikation</b>																			
1.																			
2.																			
3.																			
<b>Stärkster Schmerz</b>																			
Bitte ankreuzen		10	10	10	10		10	10	10	10		10	10	10	10				
		9	9	9	9		9	9	9	9		9	9	9	9				
		8	8	8	8		8	8	8	8		8	8	8	8				
		7	7	7	7		7	7	7	7		7	7	7	7				
		6	6	6	6		6	6	6	6		6	6	6	6				
		5	5	5	5		5	5	5	5		5	5	5	5				
		4	4	4	4		4	4	4	4		4	4	4	4				
		3	3	3	3		3	3	3	3		3	3	3	3				
		2	2	2	2		2	2	2	2		2	2	2	2				
		1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1				
<b>Kein Schmerz</b>																			
<b>Ich hab mich ... gefühlt</b>																			
	wohl	mäßig	schlecht			wohl	mäßig	schlecht			wohl	mäßig	schlecht						
<b>Schmerz hat meine Aktivität ... beeinflussen</b>																			
	nicht	Zum Teil	stark			nicht	Zum Teil	stark			nicht	Zum Teil	stark						