

Schmerzprotokoll

Liebe PatientenInnen, bitte tragen Sie hier für jede Stunde eines Tages Ihre Schmerzen von 1-10 je nach Stärke ein. Für Zeiten des Schlafes verwenden Sie bitte ein ‚S‘. Nehmen Sie zusätzliche Schmerz- oder andere Medikamente, oder haben Sie zusätzliche Beschwerden, z.B. Übelkeit, so tragen Sie diese bitte zusammen mit der Uhrzeit ein.

Datum:.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

Zusätzliche Medikamente/Symptome(Uhrzeit).....

Datum:.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

Zusätzliche Medikamente/Symptome(Uhrzeit).....

Datum:.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

Zusätzliche Medikamente/Symptome(Uhrzeit).....

Datum:.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

Zusätzliche Medikamente/Symptome(Uhrzeit).....

Datum:.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

Zusätzliche Medikamente/Symptome(Uhrzeit).....

Datum:.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

Zusätzliche Medikamente/Symptome(Uhrzeit).....

Datum:.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

Zusätzliche Medikamente/Symptome(Uhrzeit).....