

Schmerzprotokoll

Datum																		
Uhrzeit	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts		
Schmerzmedikamenteneinnahme																		
Präparat	Dosierung		Anzahl		Präparat		Dosierung		Anzahl		Präparat		Dosierung		Anzahl			
Wie stark ist Ihr Schmerz?	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10		
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7		
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6		
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Wie war heute Ihr ...?	Stuhlgang		Schlaf		Wohlbefinden		Stuhlgang		Schlaf		Wohlbefinden		Stuhlgang		Schlaf		Wohlbefinden	
Wie stark war Ihre Tagesaktivität durch den Schmerzen beeinträchtigt?	keine		mäßig		stark		keine		mäßig		stark		keine		mäßig		stark	
Bemerkungen																		

