

Schmerzkalender

Keine Schmerzen = 0
Stärkste vorstellbare Schmerzen = 10

Schlafen = X
Bitte tragen Sie in **jedes** Kästchen einen Wert ein!

Name, Vorname

Schmerzlokalisierung

Monat

Jahr

Datum \ Uhrzeit	Schmerzlokalisierung												Medikamente (Art und Anzahl)	Begleiterscheinungen / Beeinträchtigung	Stimmung	
	1 2	3 4	5 6	7 8	9 10	11 12	13 14	15 16	17 18	19 20	21 22	23 24				
1.																
2.																
3.																
4.																
5.																
6.																
7.																
8.																
9.																
10.																
11.																
12.																
13.																
14.																
15.																
16.																
17.																
18.																
19.																
20.																
21.																
22.																
23.																
24.																
25.																
26.																
27.																
28.																
29.																
30.																
31.																

8 fYg" a YX" A "9\ a Yfž="8 Uffa UbbžG"6 " "W ž@K]Y[a Ubb

Fachärzte für Anästhesie, Spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin, Akupunktur, Naturheilverfahren Tel: (0761) 28 55 701, Fax: (0761) 28 55 702