

SCHMERZTAGEBUCH

Name, Vorname _____ Aktenzeichen _____

WOCHENPLAN																										
Woche	1. Tag / Datum:				2. Tag / Datum:				3. Tag / Datum:																	
Tageszeit	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts														
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Präparat	Anzahl				Anzahl				Anzahl																	
1:																										
2:																										
3:																										
Schmerzstärke 1 = kein Schmerz / 10 = stärkster Schmerz																										
Beeinträchtigung der Tagesaktivität durch Schmerzen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark				<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark				<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark																	
Sonstiges Befinden	Stuhlgang			Schlaf			Wohlbefinden			Stuhlgang			Schlaf			Wohlbefinden										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen																										

Sie benötigen ein Doppelblatt pro Woche. Bitte kopieren Sie die Seiten so oft wie nötig

WOCHENPLAN																																
4. Tag / Datum:				5. Tag / Datum:				6. Tag / Datum:				7. Tag / Datum:																				
morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Anzahl				Anzahl				Anzahl				Anzahl																				
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark				<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark				<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark				<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark																				
Stuhlgang			Schlaf			Wohlbefinden			Stuhlgang			Schlaf			Wohlbefinden			Stuhlgang			Schlaf			Wohlbefinden								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sie benötigen ein Doppelblatt pro Woche. Bitte kopieren Sie die Seiten so oft wie nötig