

Schmerztagebuch

Vor- und Nachname: _____

Datum und Uhrzeit: _____

Medikamenteneinnahme

Name des Medikaments: _____

Name des Medikaments	Dosierung	Anzahl morgens	Anzahl mittags	Anzahl nachmittags	Anzahl abends

Schmerzempfinden (1 = geringfügiger Schmerz, 10 = sehr starke Schmerzen)

Morgens	Mittags	Nachmittags	Abends
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

Sonstiges Befinden am o. g. Tag (z.B. Wohlbefinden, Schlaf, Übelkeit, Kopf-, Rücken- u./o.

Nackenschmerzen):.....
.....
.....

Beeinträchtigung im Alltag (Zuhause, im Beruf, beim Sport, sonstiges) durch die o. g. Schmerzen:

() keine

() mäßig

() stark

Sonstige Bemerkungen: