

SCHMERZ-PROTOKOLL

1. Dauer und Intensität der Schmerzen - Bitte geben Sie die Dauer und Intensität Ihrer Schmerzen an!

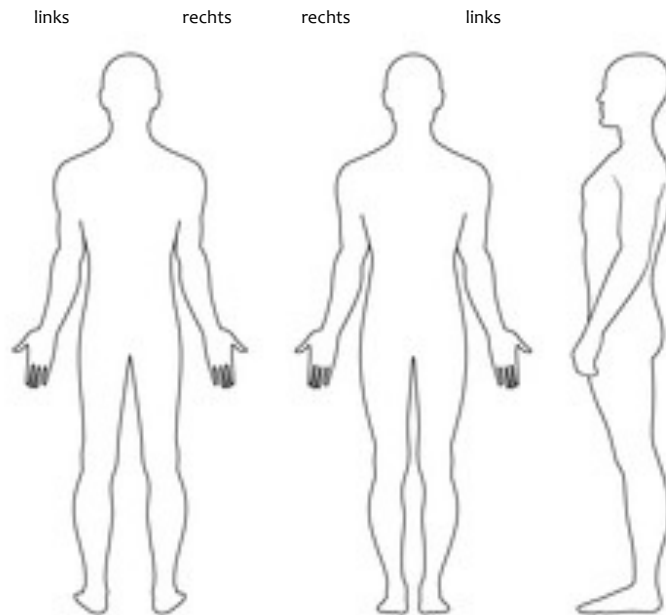
| Tag | Montag | | | Dienstag | | | Mittwoch | | | Donnerstag | | | Freitag | | | Samstag | | | Sonntag | | | | | |
|--------------------------------------|--------|-----|-----|----------|-----|-----|----------|-----|-----|------------|-----|-----|---------|-----|-----|---------|-----|-----|---------|-----|-----|----|----|----|
| Datum (bitte einfügen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zeitraum (morgens/mittags/abends) | mo. | mi. | ab. | mo. | mi. | ab. | mo. | mi. | ab. | mo. | mi. | ab. | mo. | mi. | ab. | mo. | mi. | ab. | mo. | mi. | ab. | | | |
| stärkster Schmerz | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 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 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 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 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Schmerzstärke | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 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 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 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 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| schmerzfrei | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Anmerkungen

z. B.
Medikation, Physiotherapie,
Krankenschrift,
Übelkeit, Nachtschmerz,
Schlafstörung

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

2. Schmerzlokalisierung - Bitte zeichnen Sie auf dem Schema Ihre Schmerzen ein!



3. Beschreibung der Hauptschmerzen – Bitte beschreiben Sie Ihren Hauptschmerz!

4. Ich benötige nachfolgende Unterlagen:

- Verordnungen, z. B. für Physiotherapie
- Rezepte nebst Zuzahlungen
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen/Aufenthaltsbestätigungen Krankenhaus
- Arzt- und Krankenhausberichte