

SCHMERZ-PROTOKOLL

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

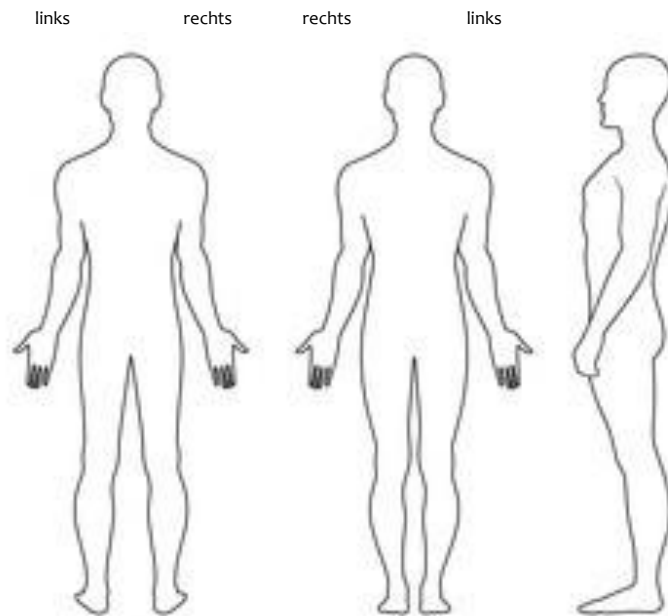
Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag					
Datum (bitte einfügen)																								
Zeitraum (morgens/mittags/abends)	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.			
stärkster Schmerz	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	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