

Schmerztagebuch

Datum

Mo

Di

Mi

Do

Fr

Sa

So

Markieren Sie bitte - mit einem Kreuz: die Schmerzstärke,

mit einem Kreis: den Ärger über den Schmerz.

0 kein Schmerz

10 unerträglicher Schmerz

0 Kein Ärger über den Schmerz

10 größtmöglicher Ärger über den Schmerz

Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
Schmerz- medikamente	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

Bitte abends vor dem Einschlafen ausfüllen:

1. Wodurch wurden die Schmerzen heute verstärkt?
2. Konnten Sie selbst etwas gegen die Schmerzen tun? Wenn ja, was?
3. Wie war Ihre Stimmung heute?