

Schmerztagebuch

Dieses Schmerztagebuch soll Ihnen helfen, mit ihrem Arzt die Behandlung Ihrer Schmerzen zu besprechen und zu verbessern. Vielleicht fallen Ihnen im Gespräch nicht mehr alle Einzelheiten und Fragen, die Sie stellen wollten, ein. Deshalb machen Sie sich am besten mit Hilfe dieses Tagebuchs Ihre Notizen.

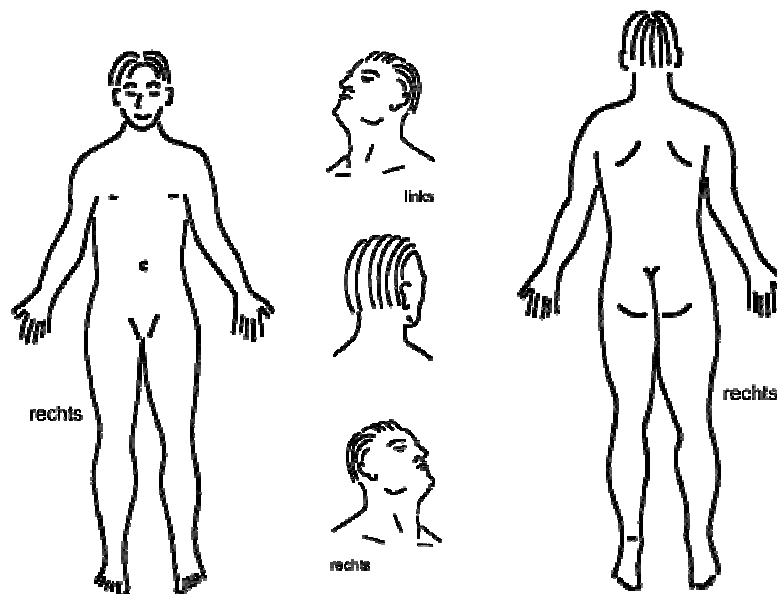
Auf der anderen Seite ist es für den behandelnden Arzt einfacher, mit den systematischen Angaben zu Ihrem Schmerzempfinden, Mängel in der Schmerztherapie zu erkennen und gemeinsam mit Ihnen zu beheben.

Wir schlagen Ihnen vor, über ein paar Tage dieses Schmerztagebuch sorgfältig zu führen und zu Ihrem nächsten Arztbesuch mitzunehmen

Schmerzort

Wo haben Sie Schmerzen? Bitte geben Sie den Ort Ihrer Schmerzen an

- Arm rechts / links
- Beckenbereich
- Bein rechts / links
- Brust
- Fuß links / rechts
- Genitalbereich
- Gesicht
- Hals
- Hand rechts / links
- Hinterkopf
- Hüfte
- Kiefer links / rechts
- Mund
- Nacken
- Oberbauch
- Rücken
- Schulter links / rechts
- Unterbauch
- Wirbelsäule



Schmerzstärke

Diese Schmerzskala soll Ihnen helfen, die Stärke Ihrer Schmerzen zu beschreiben. So kann Ihr Arzt die empfundene Schmerzintensität besser nachvollziehen. Die Skala geht von 0 (kein Schmerz) bis 10 (unerträglicher Schmerz).



keine Schmerzen

unerträgliche Schmerzen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Welche weiteren Beschwerden haben sie momentan?

- Übelkeit
- Erbrechen
- Müdigkeit
- Schlaflosigkeit
- Magenbeschwerden
- Verstopfung
- sonstige

Eingenommene Medikamente

Bitte tragen Sie hier ein, welche Medikamente Sie zur Zeit einnehmen

Uhrzeit	Medikament	Dosierung

Schmerzcharakter

- bohrend
- gut lokalisierbar
- schneidend, stechend
- andere
- kolikartig (krampfartig)
- schlecht lokalisierbar
- dumpf
- brennend
- einschließend
- berührungs-/ kälteempfindlich
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

Schmerztagebuch

Datum	Uhrzeit	Schmerzstärke	Medikament	Bemerkung
morgens				
mittags				
abends				
nachts				
Hatten Sie heute Stuhlgang? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

Datum	Uhrzeit	Schmerzstärke	Medikament	Bemerkung
morgens				
mittags				
abends				
nachts				
Hatten Sie heute Stuhlgang? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				