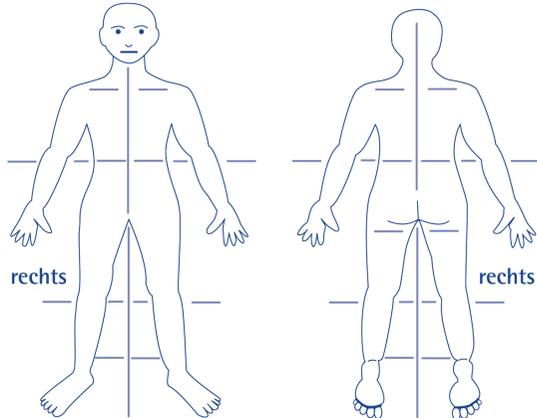


Schmerzfragebogen

Name, Vorname _____

Datum _____ Woche vom _____

1. Bitte zeichnen Sie in der Skizze ein, wo Sie Schmerzen haben.



2. Bitte tragen Sie ein, wie oft Sie Schmerzen haben.

- täglich einmal pro Woche andauernd
 mehrmals pro Woche einmal pro Monat anfallsweise

3. Bitte beschreiben Sie die Schmerzempfindung.

- stechend reißend pochend scharf klopfend
 schneidend pulsierend ziehend brennend ausstrahlend

Persönliche Bemerkungen:

4. Bitte tragen Sie täglich die Zahl ein, die Ihre Schmerzen am besten beschreibt.

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
Datum																					
Uhrzeit	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰
sehr starker Schmerz	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
	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
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
⊕	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
⊕	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
kein Schmerz	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

5. Bitte wählen Sie ein Symbol, das Ihr Allgemeinbefinden beschreibt.

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
Schlaf	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊
Stuhlgang	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊
Appetit	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊
Übelkeit	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊
Stimmung	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊	⊖	⊕	😊

😊 gut ⊕ mäßig ⊖ schlecht

6. Bitte tragen Sie Ihre Medikamente ein.

Datum	Medikament	Früh	Mittag	Abend	Nacht