




Schmerztagebuch

Kunde/Klient: _____ Geburtsdatum: _____

Lokalisation (siehe auch Körperskizze)			
Besonderheiten für den Tag			

Tagesprotokoll		Datum:	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
Schmerzintensität	Schmerzen nach Selbsteinschätzung (NRS-Skala) keine Schmerzen = 0 stärkste Schmerzen = 10 Belastungsschmerz Ruheschmerz								
Schmerzzeit	Schmerzzeit in Minuten (Min) und Stunden (Std) Dauerschmerzen (+ / -)								
Empfindet die Schmerzen als	dumpf								
	drückend								
	scharf								
	ziehend								
	stechend								
	klopfend								
	pochend								
heiß									

Schmerztagebuch

Kunde/Klient: _____ Geburtsdatum: _____

Tagesprotokoll		Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
gesteigertes Schmerzempfinden	Auf leichte Berührung (Bettdecke)							
	Brenngefühl (Brennessel)							
	Kribbelgefühl (Ameisenlaufen)							
	Blitzartig (elektrisierend)							
	Auf Kälte							
	Auf Wärme (Badewasser)							
	Taubheitsgefühl							
	Leichter Druck (starke Schmerzen)							
Stimmungslage	sehr gut = 1	sehr schlecht = 6						
Anspannung	entspannt = 1	sehr angespannt = 6						
Unruhe	bin gelassen = 1	bin rastlos = 6						
Glücksgefühl	sehr glücklich = 1	sehr unglücklich = 6						
Gemütslage	lustig oder wie immer = 1	kann nicht mehr lachen = 6						
Panikattacken	keine Panikattacken = 1	Panikattacken = 6						
Wohlbefinden	sehr gut = 1	sehr schlecht = 6						
Übelkeit	keine Übelkeit = 1	starke Übelkeit = 6						
Magenbeschwerden	keine Beschwerden = 1	starke Beschwerden = 6						
Konzentration	konzentriert = 1	unkonzentriert = 6						
Antriebsarmut	aktiv = 1	antriebsarm = 6						
Schwindel	kein Schwindel = 1	sehr schwindelig = 6						
Schwitzen	nicht geschwitzt = 1	stark geschwitzt = 6						
Erschöpfung	normal = 1	sehr müde = 6						
Schlafstörungen	durchgeschlafen = 1	Nachtruhe sehr gestört = 6						

Freigabe durch	Bearbeiter	Version	Freigabe am	Freigabe bis	Seite
Qualitätsmanagementsystem © Gonda Bauernfeind					

Schmerztagebuch

Kunde/Klient: _____ Geburtsdatum: _____

Analgetika (Schmerzmedikamente) Antikonvulsiva (Antiepileptika) Muskelrelaxantien	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
Antidepressiva							
Sonstiges							
Antiemetika	Übelkeit (X)						
Laxantien	Stuhlgang (X)						
Handzeichen							