KLINIK

Adressfeld

Patientenfeld:
Name, etc.

Unterschrift spezieller Schmerztherapeut

| Datum | | 12) | | | | 13) | | | | 14) | | | | Datum | | 1) | | | | 2) | | | | 3) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Morgens | Mittags | Abends | Nachts | Morgens | Mittags | Abends | Nachts | Morgens | Mittags | Abends | Nachts | | | Morgens | Mittags | Abends | Nachts | Morgens | Mittags | Abends | Nachts | Morgens | Mittags | Abends | Nachts |
| Schmerzstärke von bis | 10 | | | | | | | | | | | | | Schmerzstärke von bis | 10 | | | | | | | | | | | | |
| | 9 | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | | | | | | | | | | | | | | 7 | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | | | | | | | | | | | | | | 6 | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | | | | | | | | | | | | | | 5 | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | |
| Was hat Ihnen heute Linderung verschafft? (z.B. Massage, Medikamente, Spaziergang, Heileurythmie ... | | | | | | | | | | | | | | Was hat Ihnen heute Linderung verschafft? (z.B. Massage, Medikamente, Spaziergang, Heileurythmie ... | | | | | | | | | | | | |
| Haben die Schmerzen heute ihre Stimmung beeinträchtigt? | | ☐ Nein<br>☐ ein wenig<br>☐ deutlich<br>☐ stark<br>☐ sehr stark | | | | ☐ Nein<br>☐ ein wenig<br>☐ deutlich<br>☐ stark<br>☐ sehr stark | | | | ☐ Nein<br>☐ ein wenig<br>☐ deutlich<br>☐ stark<br>☐ sehr stark | | | | Haben die Schmerzen heute ihre Stimmung beeinträchtigt? | | ☐ Nein<br>☐ ein wenig<br>☐ deutlich<br>☐ stark<br>☐ sehr stark | | | | ☐ Nein<br>☐ ein wenig<br>☐ deutlich<br>☐ stark<br>☐ sehr stark | | | | ☐ Nein<br>☐ ein wenig<br>☐ deutlich<br>☐ stark<br>☐ sehr stark | | | |
| Nächtliche Schlafdauer | | ☐ ausreichend<br>☐ nicht ausreichend | | | | ☐ ausreichend<br>☐ nicht ausreichend | | | | ☐ ausreichend<br>☐ nicht ausreichend | | | | Nächtliche Schlafdauer | | ☐ ausreichend<br>☐ nicht ausreichend | | | | ☐ ausreichend<br>☐ nicht ausreichend | | | | ☐ ausreichend<br>☐ nicht ausreichend | | | |
| Sonstige Beschwerden | | ☐ Keine<br>☐ Müdigkeit<br>☐ Übelkeit<br>☐ Appetitlosigkeit<br>☐ Lustlosigkeit<br>☐ Magenbeschw.<br>☐ Schlafstörungen<br>☐ Andere Beschwerden | | | | ☐ Keine<br>☐ Müdigkeit<br>☐ Übelkeit<br>☐ Appetitlosigkeit<br>☐ Lustlosigkeit<br>☐ Magenbeschw.<br>☐ Schlafstörungen<br>☐ Andere Beschwerden | | | | ☐ Keine<br>☐ Müdigkeit<br>☐ Übelkeit<br>☐ Appetitlosigkeit<br>☐ Lustlosigkeit<br>☐ Magenbeschw.<br>☐ Schlafstörungen<br>☐ Andere Beschwerden | | | | Sonstige Beschwerden | | ☐ Keine<br>☐ Müdigkeit<br>☐ Übelkeit<br>☐ Appetitlosigkeit<br>☐ Lustlosigkeit<br>☐ Magenbeschw.<br>☐ Schlafstörungen<br>☐ Andere Beschwerden | | | | ☐ Keine<br>☐ Müdigkeit<br>☐ Übelkeit<br>☐ Appetitlosigkeit<br>☐ Lustlosigkeit<br>☐ Magenbeschw.<br>☐ Schlafstörungen<br>☐ Andere Beschwerden | | | | ☐ Keine<br>☐ Müdigkeit<br>☐ Übelkeit<br>☐ Appetitlosigkeit<br>☐ Lustlosigkeit<br>☐ Magenbeschw.<br>☐ Schlafstörungen<br>☐ Andere Beschwerden | | | |
| Unterschrift ärztliche Visite | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Unterschrift spezieller Schmerztherapeut

| Datum | | 4) | | | | 5) | | | | 6) | | | | 7) | | | | 8) | | | | 9) | | | | 10) | | | | 11) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Morgens | Mittags | Abends | Nachts | Morgens | Mittags | Abends | Nachts | Morgens | Mittags | Abends | Nachts | Morgens | Mittags | Abends | Nachts | Morgens | Mittags | Abends | Nachts | Morgens | Mittags | Abends | Nachts | Morgens | Mittags | Abends | Nachts | Morgens | Mittags | Abends | Nachts |
| Schmerzstärke von bis | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Was hat Ihnen heute Linderung verschafft? (z.B. Massage, Medikamente, Spaziergang, Heileurythmie ...) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Haben die Schmerzen heute ihre Stimmung beeinträchtigt? | | ☐ Nein<br>☐ ein wenig<br>☐ deutlich<br>☐ stark<br>☐ sehr stark | | | | ☐ Nein<br>☐ ein wenig<br>☐ deutlich<br>☐ stark<br>☐ sehr stark | | | | ☐ Nein<br>☐ ein wenig<br>☐ deutlich<br>☐ stark<br>☐ sehr stark | | | | ☐ Nein<br>☐ ein wenig<br>☐ deutlich<br>☐ stark<br>☐ sehr stark | | | | ☐ Nein<br>☐ ein wenig<br>☐ deutlich<br>☐ stark<br>☐ sehr stark | | | | ☐ Nein<br>☐ ein wenig<br>☐ deutlich<br>☐ stark<br>☐ sehr stark | | | | ☐ Nein<br>☐ ein wenig<br>☐ deutlich<br>☐ stark<br>☐ sehr stark | | | | ☐ Nein<br>☐ ein wenig<br>☐ deutlich<br>☐ stark<br>☐ sehr stark | | | |
| Nächtliche Schlafdauer | | ☐ ausreichend<br>☐ nicht ausreichend | | | | ☐ ausreichend<br>☐ nicht ausreichend | | | | ☐ ausreichend<br>☐ nicht ausreichend | | | | ☐ ausreichend<br>☐ nicht ausreichend | | | | ☐ ausreichend<br>☐ nicht ausreichend | | | | ☐ ausreichend<br>☐ nicht ausreichend | | | | ☐ ausreichend<br>☐ nicht ausreichend | | | | ☐ ausreichend<br>☐ nicht ausreichend | | | |
| Sonstige Beschwerden | | ☐ Keine<br>☐ Müdigkeit<br>☐ Übelkeit<br>☐ Appetitlosigkeit<br>☐ Lustlosigkeit<br>☐ Magenbeschw.<br>☐ Schlafstörungen<br>☐ Andere Beschwerden | | | | ☐ Keine<br>☐ Müdigkeit<br>☐ Übelkeit<br>☐ Appetitlosigkeit<br>☐ Lustlosigkeit<br>☐ Magenbeschw.<br>☐ Schlafstörungen<br>☐ Andere Beschwerden | | | | ☐ Keine<br>☐ Müdigkeit<br>☐ Übelkeit<br>☐ Appetitlosigkeit<br>☐ Lustlosigkeit<br>☐ Magenbeschw.<br>☐ Schlafstörungen<br>☐ Andere Beschwerden | | | | ☐ Keine<br>☐ Müdigkeit<br>☐ Übelkeit<br>☐ Appetitlosigkeit<br>☐ Lustlosigkeit<br>☐ Magenbeschw.<br>☐ Schlafstörungen<br>☐ Andere Beschwerden | | | | ☐ Keine<br>☐ Müdigkeit<br>☐ Übelkeit<br>☐ Appetitlosigkeit<br>☐ Lustlosigkeit<br>☐ Magenbeschw.<br>☐ Schlafstörungen<br>☐ Andere Beschwerden | | | | ☐ Keine<br>☐ Müdigkeit<br>☐ Übelkeit<br>☐ Appetitlosigkeit<br>☐ Lustlosigkeit<br>☐ Magenbeschw.<br>☐ Schlafstörungen<br>☐ Andere Beschwerden | | | | ☐ Keine<br>☐ Müdigkeit<br>☐ Übelkeit<br>☐ Appetitlosigkeit<br>☐ Lustlosigkeit<br>☐ Magenbeschw.<br>☐ Schlafstörungen<br>☐ Andere Beschwerden | | | |
| Unterschrift ärztliche Visite | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |