Patientenfeld:
Name, etc.

KLINIK

Adressfeld

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 10													Schmerzstärke von 10												
9													9												
8													8												
7													7												
6													6												
5													5												
4													4												
3													3												
2													2												
1													1												
bis 0													bis 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 ☐ ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark				☐ Nein ☐ ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark				☐ Nein ☐ ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark				Haben die Schmerzen heute ihre Stimmung beeinträchtigt?	☐ Nein ☐ ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark				☐ Nein ☐ ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark				☐ Nein ☐ ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark			
Nächtliche Schlafdauer	☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend				☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend				☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend				Nächtliche Schlafdauer	☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend				☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend				☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend			
Sonstige Beschwerden	☐ Keine ☐ Müdigkeit ☐ Übelkeit ☐ Appetitlosigkeit ☐ Lustlosigkeit ☐ Magenbeschw. ☐ Schlafstörungen ☐ Andere Beschwerden				☐ Keine ☐ Müdigkeit ☐ Übelkeit ☐ Appetitlosigkeit ☐ Lustlosigkeit ☐ Magenbeschw. ☐ Schlafstörungen ☐ Andere Beschwerden				☐ Keine ☐ Müdigkeit ☐ Übelkeit ☐ Appetitlosigkeit ☐ Lustlosigkeit ☑ Magenbeschw. ☐ Schlafstörungen ☐ Andere Beschwerden				Sonstige Beschwerden	☐ Keine ☐ Müdigkeit ☐ Übelkeit ☐ Appetitlosigkeit ☐ Lustlosigkeit ☐ Magenbeschw. ☐ Schlafstörungen ☐ Andere Beschwerden				☐ Keine ☐ Müdigkeit ☐ Übelkeit ☐ Appetitlosigkeit ☐ Lustlosigkeit ☐ Magenbeschw. ☐ Schlafstörungen ☐ Andere Beschwerden				☐ Keine ☐ Müdigkeit ☐ Übelkeit ☐ Appetitlosigkeit ☐ Lustlosigkeit ☐ Magenbeschw. ☐ Schlafstörungen ☐ 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 ☐ ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark				☐ Nein ☐ ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark				☐ Nein ☐ ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark				☐ Nein ☐ ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark				☐ Nein ☐ ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark				☐ Nein ☐ ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark				☐ Nein ☐ ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark				☐ Nein ☐ ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark			
Nächtliche Schlafdauer		☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend				☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend				☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend				☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend				☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend				☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend				☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend				☐ ausreichend ☐ nicht ausreichend			
Sonstige Beschwerden		☐ Keine ☐ Müdigkeit ☐ Übelkeit ☐ Appetitlosigkeit ☐ Lustlosigkeit ☐ Magenbeschw. ☐ Schlafstörungen ☐ Andere Beschwerden				☐ Keine ☐ Müdigkeit ☐ Übelkeit ☐ Appetitlosigkeit ☐ Lustlosigkeit ☐ Magenbeschw. ☐ Schlafstörungen ☐ Andere Beschwerden				☐ Keine ☐ Müdigkeit ☐ Übelkeit ☐ Appetitlosigkeit ☐ Lustlosigkeit ☐ Magenbeschw. ☐ Schlafstörungen ☐ Andere Beschwerden				☐ Keine ☐ Müdigkeit ☐ Übelkeit ☐ Appetitlosigkeit ☐ Lustlosigkeit ☐ Magenbeschw. ☐ Schlafstörungen ☐ Andere Beschwerden				☐ Keine ☐ Müdigkeit ☐ Übelkeit ☐ Appetitlosigkeit ☐ Lustlosigkeit ☐ Magenbeschw. ☐ Schlafstörungen ☐ Andere Beschwerden				☐ Keine ☐ Müdigkeit ☐ Übelkeit ☐ Appetitlosigkeit ☐ Lustlosigkeit ☐ Magenbeschw. ☐ Schlafstörungen ☐ Andere Beschwerden				☐ Keine ☐ Müdigkeit ☐ Übelkeit ☐ Appetitlosigkeit ☐ Lustlosigkeit ☐ Magenbeschw. ☐ Schlafstörungen ☐ Andere Beschwerden			
Unterschrift ärztliche Visite																																	