

Schmerztagebuch

Datum (). (). ()

Bitte notieren Sie die Anzahl der Stunden, die Sie heute für die aufgeführten Tätigkeiten verwendet haben.

Berufliche Aktivität _____ Freizeit: _____

Mittagsruhe _____ Schlaf _____

Bitte beurteilen sie die Stärke Ihrer Schmerzen zwischen „0“ und „10“

(0=, 1-2 = leicht, 3-4 =mäßig, 5-6=stark, 7-8=heftig, 9-10=unerträglich)

Morgens -----
0 2 4 6 8 10

Mittags -----
0 2 4 6 8 10

Abends -----
0 2 4 6 8 10

Nachts -----
0 2 4 6 8 10

Medikamente (was wie viel, wann, Wirkung?)

Besondere Vorkommnisse: _____