

SCHMERZVERLAUFBEOBACHTUNG BEI SELBSTAUSKUNFT

Name:

	Mo			Di			Mi			Do			Fr			Sa			So		
Datum																					
Zeit:	7 ⁰⁰	12 ⁰⁰	19 ⁰⁰	7 ⁰⁰	12 ⁰⁰	19 ⁰⁰	7 ⁰⁰	12 ⁰⁰	19 ⁰⁰	7 ⁰⁰	12 ⁰⁰	19 ⁰⁰	7 ⁰⁰	12 ⁰⁰	19 ⁰⁰	7 ⁰⁰	12 ⁰⁰	19 ⁰⁰	7 ⁰⁰	12 ⁰⁰	19 ⁰⁰
Stärkster 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
Schmerzstärke	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
Schmerzfrei	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
Stuhl	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Schlaf	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Stimmung	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Zusatz-medikation	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	