

Schmerzprotokoll

Liebe Patientin, lieber Patient,
 Sie haben dieses Schmerzprotokoll erhalten, um Stärke und Zeitpunkt Ihrer Schmerzen besser einschätzen und damit effektiver behandeln zu können. Daher ist es wichtig, dass Sie sich jeden Tag ein wenig Zeit nehmen, um die folgenden Tabellen sorgfältig auszufüllen.
 Die folgende Skala soll Ihnen helfen, die Schmerzstärke zu erfassen und aufzuschreiben.

Numerische Analogskala (NAS)



So füllen Sie das Schmerzprotokoll aus!

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch		
Datum	Datum eintragen			XX.XX.XX					
Zeit	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
stärkster Schmerz	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Schmerzfrei	0	0	0	0	0	0	0	0	0



Kringel um Schmerzstärke machen

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input checked="" type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input checked="" type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

Anmerkungen

30 MCP HEXAL® Tropfen

mo. = morgens mi. = mittags ab. = abends

Bitte markieren Sie jeden Tag morgens, mittags und abends den Zahlenwert, der der empfundenen Stärke Ihrer Schmerzen entspricht. Der Zahlenwert 0 entspricht dabei schmerzfrei, der Zahlenwert 10 den stärksten vorstellbaren Schmerzen.
 Bitte kreuzen Sie an, ob Sie Stuhlgang hatten, ob Sie übermäßige Müdigkeit verspürten, ob Ihnen übel war und ob Sie einen ungestörten Nachtschlaf hatten. Weiterhin sollten Sie, sofern es zutreffend ist, im Anmerkungsfeld angeben, ob Sie andere Medikamente zusätzlich eingenommen haben oder ob neue andersartige Beschwerden aufgetreten sind.

All diese Angaben sollen helfen, dass wir die Schmerzbehandlung optimal auf Ihre individuellen Bedürfnisse abstimmen können.

Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

z. B. Kreuz bei Stuhlgang und Übelkeit machen

Hier bitte Medikament oder Beschwerden eintragen

Ihr Schmerzprotokoll

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch		
Datum									
Zeit	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
stärkster Schmerz	10	10	10	10	10	10	10	10	10
 Schmerzstärke	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Schmerzfrei	0	0	0	0	0	0	0	0

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

Anmerkungen

--	--	--

mo. = morgens mi. = mittags ab. = abends

Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

--	--	--	--

Ihr Schmerzprotokoll

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch		
Datum									
Zeit	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
stärkster Schmerz	10	10	10	10	10	10	10	10	10
 Schmerzstärke	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Schmerzfrei	0	0	0	0	0	0	0	0

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

Anmerkungen

--	--	--

mo. = morgens mi. = mittags ab. = abends

Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

--	--	--	--

Ihr Schmerzprotokoll

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch		
Datum									
Zeit	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
stärkster Schmerz	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Schmerzfrei	0	0	0	0	0	0	0	0

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

Anmerkungen

--	--	--

mo. = morgens mi. = mittags ab. = abends

Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

--	--	--	--

Ihr Schmerzprotokoll

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch		
Datum									
Zeit	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
stärkster Schmerz	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Schmerzfrei	0	0	0	0	0	0	0	0

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

Anmerkungen

--	--	--

mo. = morgens mi. = mittags ab. = abends

Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

--	--	--	--