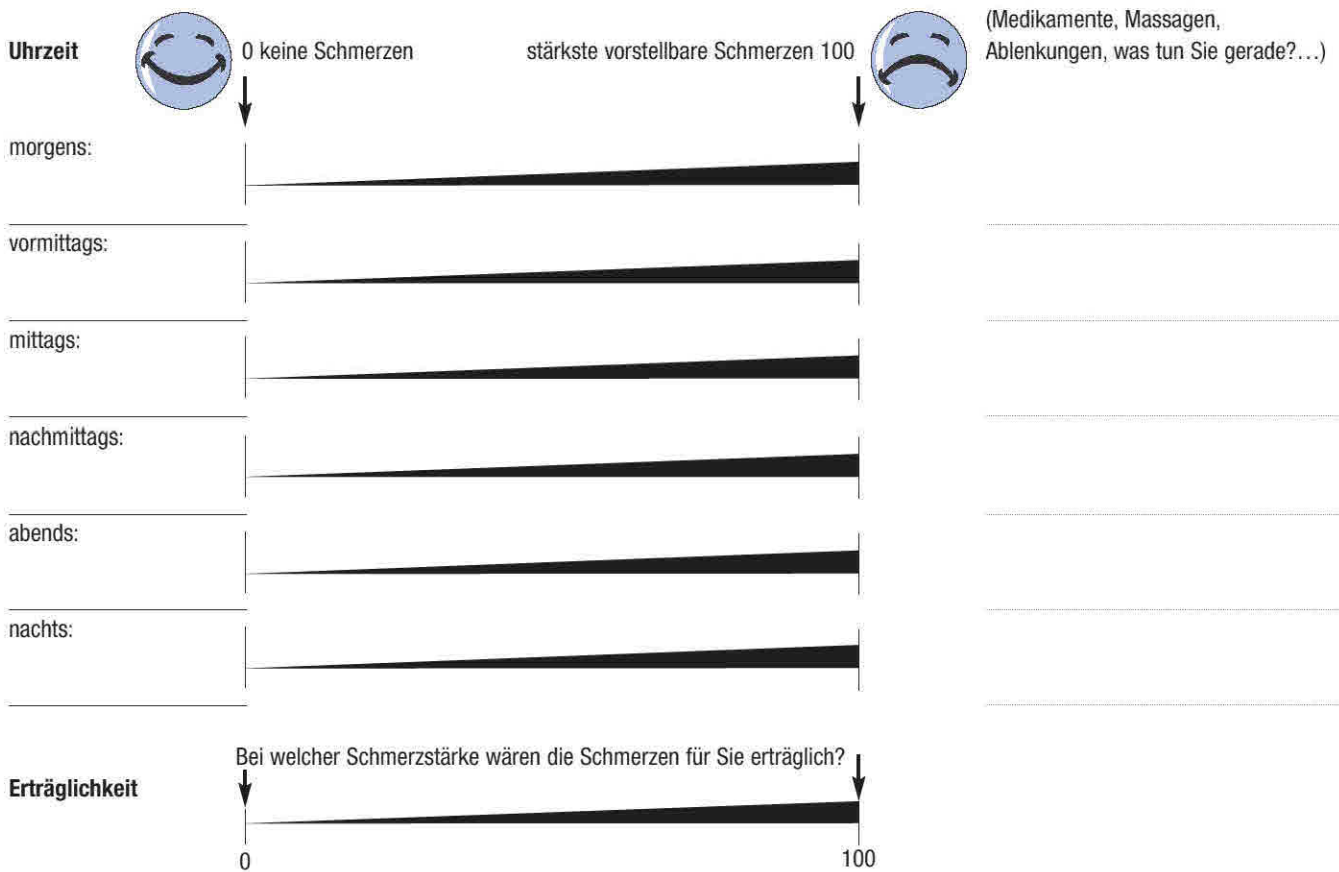


## A. Skalen für die Schmerzstärke

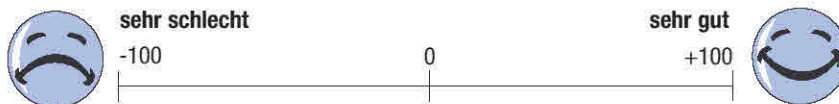
## B. Schmerzbehandlung



# Tagesablauf

(am Abend ausfüllen)

Wie war heute Ihr allgemeines Wohlbefinden?



War Ihre nächtliche Schlafdauer

- ausreichend  nicht ausreichend

Hatten Sie Dauerschmerzen?

- nein  ja

Wurden Sie heute durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt?

- nein  ein wenig  deutlich  stark  fast völlig

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung heute beeinträchtigt?

- nein  ein wenig  deutlich  stark  sehr stark

Hatten Sie heute das Gefühl, die Schmerzen lindernd beeinflussen zu können?

- nein  ein wenig  deutlich  stark  sehr stark

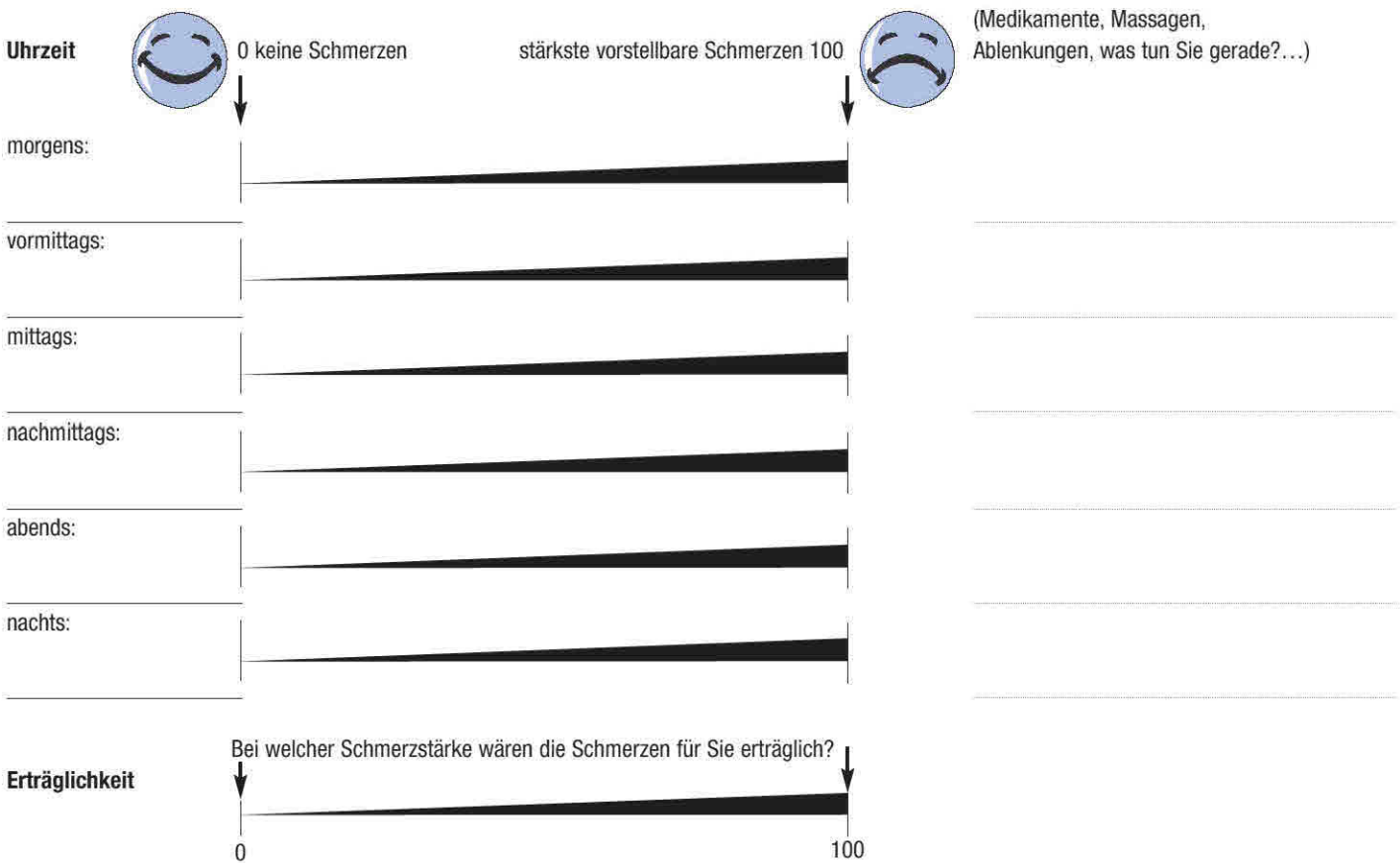
Sonstige Beschwerden

- keine  Müdigkeit  Niedergeschlagenheit  Übelkeit  Appetitlosigkeit  
 Lustlosigkeit  Magenbeschwerden  Schlafstörungen  Andere

Besondere schmerzbezogene Ereignisse und andere Beschwerden: \_\_\_\_\_

## A. Skalen für die Schmerzstärke

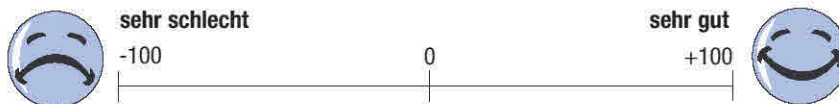
## B. Schmerzbehandlung



# Tagesablauf

(am Abend ausfüllen)

Wie war heute Ihr allgemeines Wohlbefinden?



War Ihre nächtliche Schlafdauer

- ausreichend  nicht ausreichend

Hatten Sie Dauerschmerzen?

- nein  ja

Wurden Sie heute durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt?

- nein  ein wenig  deutlich  stark  fast völlig

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung heute beeinträchtigt?

- nein  ein wenig  deutlich  stark  sehr stark

Hatten Sie heute das Gefühl, die Schmerzen lindernd beeinflussen zu können?

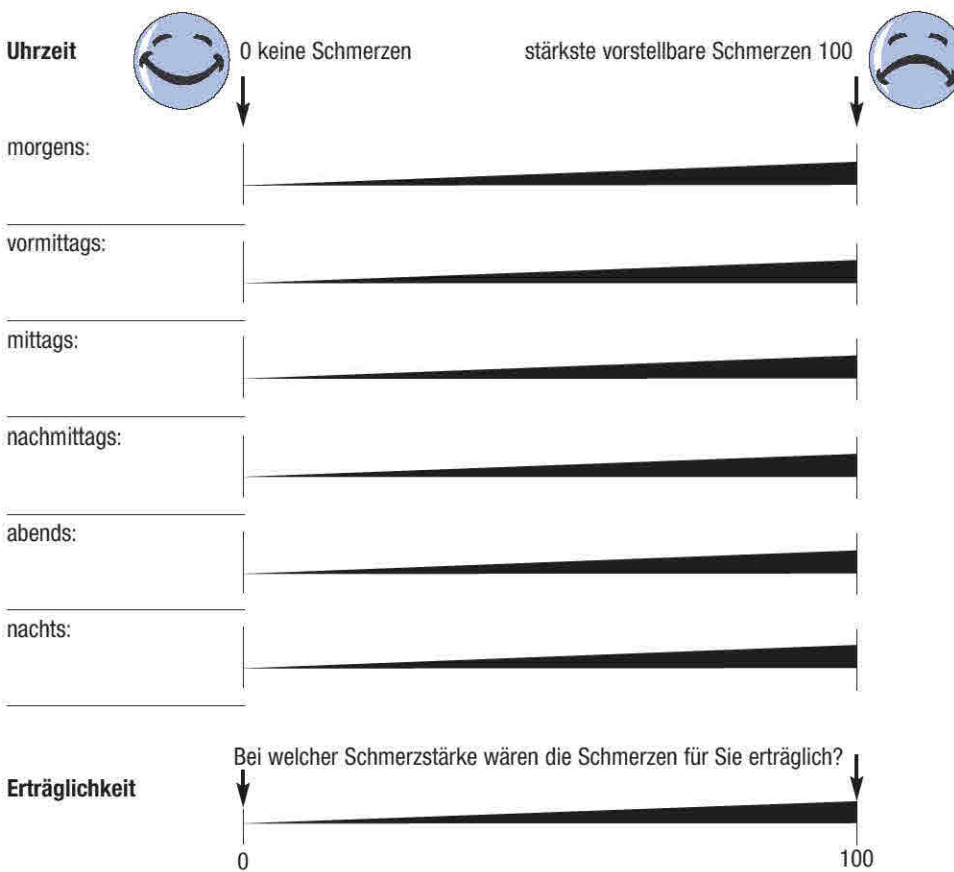
- nein  ein wenig  deutlich  stark  sehr stark

Sonstige Beschwerden

- keine  Müdigkeit  Niedergeschlagenheit  Übelkeit  Appetitlosigkeit  
 Lustlosigkeit  Magenbeschwerden  Schlafstörungen  Andere

Besondere schmerzbezogene Ereignisse und andere Beschwerden: \_\_\_\_\_

## A. Skalen für die Schmerzstärke



## B. Schmerzbehandlung

(Medikamente, Massagen, Ablenkungen, was tun Sie gerade?...)

---



---



---



---



---

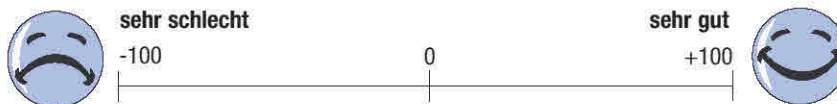


---

# Tagesablauf

(am Abend ausfüllen)

Wie war heute Ihr allgemeines Wohlbefinden?



War Ihre nächtliche Schlafdauer

- ausreichend  nicht ausreichend

Hatten Sie Dauerschmerzen?

- nein  ja

Wurden Sie heute durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt?

- nein  ein wenig  deutlich  stark  fast völlig

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung heute beeinträchtigt?

- nein  ein wenig  deutlich  stark  sehr stark

Hatten Sie heute das Gefühl, die Schmerzen lindernd beeinflussen zu können?

- nein  ein wenig  deutlich  stark  sehr stark

Sonstige Beschwerden

- keine  Müdigkeit  Niedergeschlagenheit  Übelkeit  Appetitlosigkeit  
 Lustlosigkeit  Magenbeschwerden  Schlafstörungen  Andere

Besondere schmerzbezogene Ereignisse und andere Beschwerden:

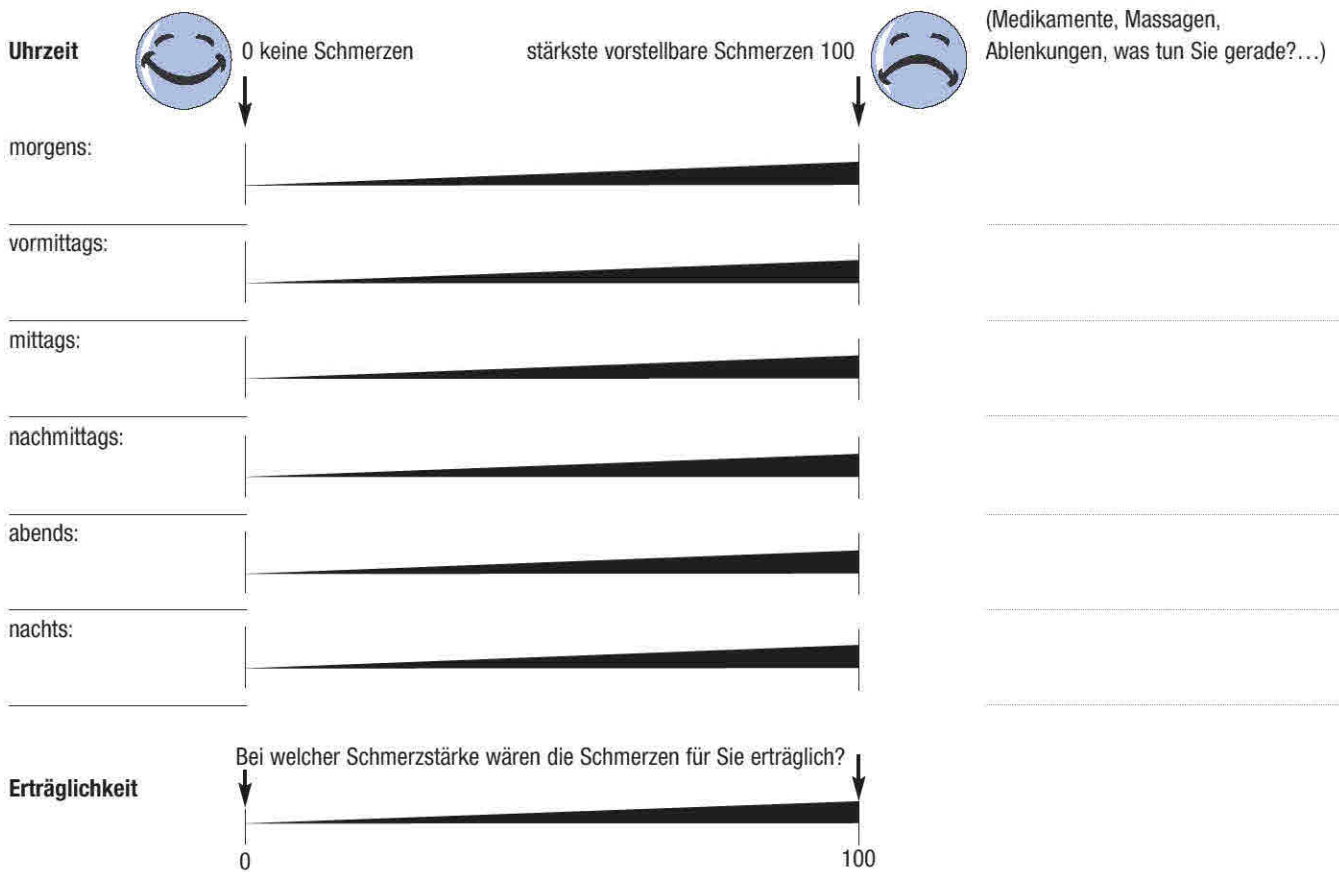
---



---

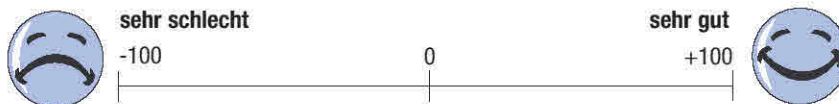
## A. Skalen für die Schmerzstärke

## B. Schmerzbehandlung



## Tagesablauf (am Abend ausfüllen)

Wie war heute Ihr allgemeines Wohlbefinden?



War Ihre nächtliche Schlafdauer

- ausreichend  nicht ausreichend

Hatten Sie Dauerschmerzen?

- nein  ja

Wurden Sie heute durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt?

- nein  ein wenig  deutlich  stark  fast völlig

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung heute beeinträchtigt?

- nein  ein wenig  deutlich  stark  sehr stark

Hatten Sie heute das Gefühl, die Schmerzen lindernd beeinflussen zu können?

- nein  ein wenig  deutlich  stark  sehr stark

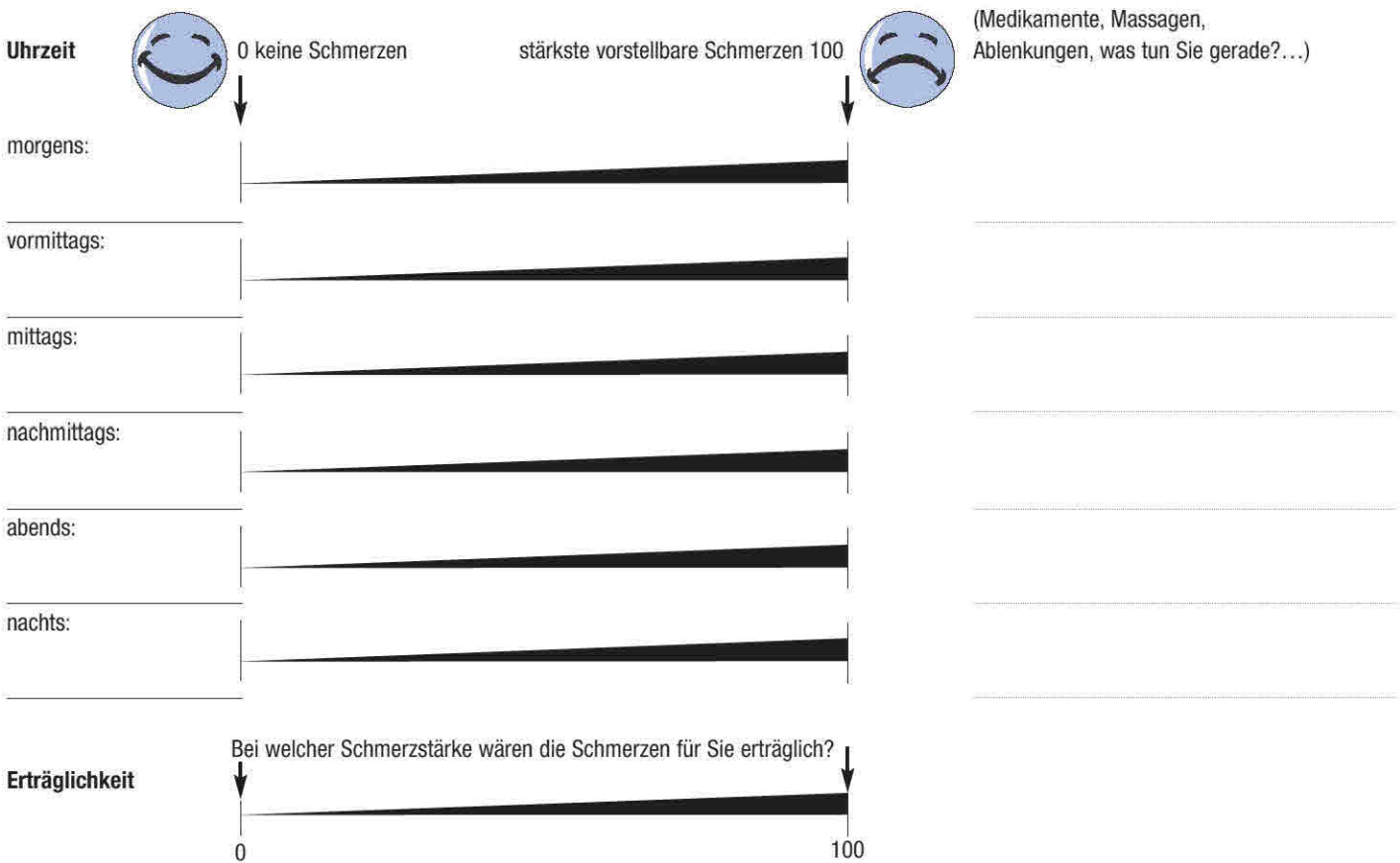
Sonstige Beschwerden

- keine  Müdigkeit  Niedergeschlagenheit  Übelkeit  Appetitlosigkeit  
 Lustlosigkeit  Magenbeschwerden  Schlafstörungen  Andere

Besondere schmerzbezogene Ereignisse und andere Beschwerden: \_\_\_\_\_

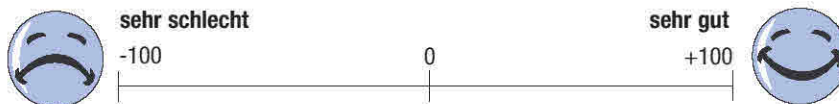
## A. Skalen für die Schmerzstärke

## B. Schmerzbehandlung



## Tagesablauf (am Abend ausfüllen)

Wie war heute Ihr allgemeines Wohlbefinden?



War Ihre nächtliche Schlafdauer

- ausreichend  nicht ausreichend

Hatten Sie Dauerschmerzen?

- nein  ja

Wurden Sie heute durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt?

- nein  ein wenig  deutlich  stark  fast völlig

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung heute beeinträchtigt?

- nein  ein wenig  deutlich  stark  sehr stark

Hatten Sie heute das Gefühl, die Schmerzen lindernd beeinflussen zu können?

- nein  ein wenig  deutlich  stark  sehr stark

Sonstige Beschwerden

- keine  Müdigkeit  Niedergeschlagenheit  Übelkeit  Appetitlosigkeit  
 Lustlosigkeit  Magenbeschwerden  Schlafstörungen  Andere

Besondere schmerzbezogene Ereignisse und andere Beschwerden: \_\_\_\_\_

