

Datum: _____

Schmerz (kein) (stärkster vorstellbarer)
Morgens 0-----10
Mittags 0-----10
Abends 0-----10
Nachts 0-----10

Außerdem habe ich/bin ich

- Schlafprobleme Verstopfung Übelkeit
Schwindel Juckreiz Appetitmangel
Unruhe Angst Durchfall
Niedergeschlagen _____

Schmerz beeinträchtigt den Tag

Stark-----mäßig-----kaum

Was mache ich gegen den Schmerz

- Entspannung Ablenkung TENS
Dauermedikation Bedarfsmedikation
Gymnastik/Sport Schonung

Meine Maßnahmen helfen

gut mäßig gar nicht

Allg. Wohlbefinden

schlecht-----mittel-----gut

Datum: _____

Schmerz (kein) (stärkster vorstellbarer)
Morgens 0-----10
Mittags 0-----10
Abends 0-----10
Nachts 0-----10

Außerdem habe ich/bin ich

- Schlafprobleme Verstopfung Übelkeit
Schwindel Juckreiz Appetitmangel
Unruhe Angst Durchfall
Niedergeschlagen _____

Schmerz beeinträchtigt den Tag

Stark-----mäßig-----kaum

Was mache ich gegen den Schmerz

- Entspannung Ablenkung TENS
Dauermedikation Bedarfsmedikation
Gymnastik/Sport Schonung

Meine Maßnahmen helfen

gut mäßig gar nicht

Allg. Wohlbefinden

schlecht-----mittel-----gut

Datum: _____

Schmerz (kein) (stärkster vorstellbarer)
Morgens 0-----10
Mittags 0-----10
Abends 0-----10
Nachts 0-----10

Außerdem habe ich/bin ich

- Schlafprobleme Verstopfung Übelkeit
Schwindel Juckreiz Appetitmangel
Unruhe Angst Durchfall
Niedergeschlagen _____

Schmerz beeinträchtigt den Tag

Stark-----mäßig-----kaum

Was mache ich gegen den Schmerz

- Entspannung Ablenkung TENS
Dauermedikation Bedarfsmedikation
Gymnastik/Sport Schonung

Meine Maßnahmen helfen

gut mäßig gar nicht

Allg. Wohlbefinden

schlecht-----mittel-----gut

Datum: _____

Schmerz (kein) (stärkster vorstellbarer)
Morgens 0-----10
Mittags 0-----10
Abends 0-----10
Nachts 0-----10

Außerdem habe ich/bin ich

- Schlafprobleme Verstopfung Übelkeit
Schwindel Juckreiz Appetitmangel
Unruhe Angst Durchfall
Niedergeschlagen _____

Schmerz beeinträchtigt den Tag

Stark-----mäßig-----kaum

Was mache ich gegen den Schmerz

- Entspannung Ablenkung TENS
Dauermedikation Bedarfsmedikation
Gymnastik/Sport Schonung

Meine Maßnahmen helfen

gut mäßig gar nicht

Allg. Wohlbefinden

schlecht-----mittel-----gut