



Mein Tagebuch

Schmerzprotokoll für 4 Wochen

SCHMERZ



Inhalt

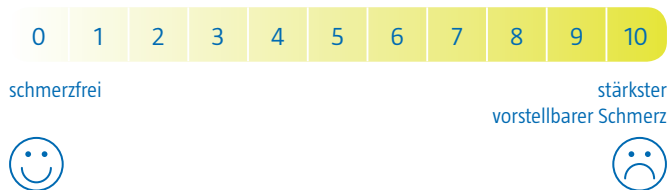
Liebe Patientin, Lieber Patient	4
Patientendaten	6
So füllen Sie das Schmerzprotokoll aus	8
Ihr Schmerzprotokoll	10
Hinweis	18
Haben Sie noch Fragen?	19

Liebe Patientin, lieber Patient

Sie haben dieses Tagebuch erhalten, um die **Stärke sowie den 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. Sie als Patient stehen im Mittelpunkt der Behandlung und sollen nichts an Lebensqualität einbüßen, nur weil Ihre Schmerzen möglicherweise unzureichend behandelt werden. Wenden Sie sich vertrauensvoll an Ihren behandelnden Arzt, um über Ihre Schmerzen zu sprechen.

Die folgende Skala soll Ihnen helfen, die Schmerzstärke zu erfassen und aufzuschreiben:

Numerische Analogskala



Bitte **umkreisen Sie** jeden Tag morgens, mittags und abends den Zahlenwert, welcher 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, und ob neue, **andersartige Beschwerden** aufgetreten sind.

All diese Angaben sollen helfen, dass Ihr Arzt die Schmerzbehandlung optimal auf Ihre individuellen Bedürfnisse abstimmen kann. Bitte bringen Sie das Tagebuch zu jedem Arztbesuch mit.

Gute Genesung!

Patientendaten

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon/Mobil

Geburtstag

Notfallkontakt

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon/Mobil

Behandelnder Arzt

Adresse/Arztstempel


Therapieplan

Präparat	morgens	mittags	abends	nachts

Anmerkungen



Ihr Schmerzprotokoll-Beispiel

mo = morgens mi = mittags ab = abends

Wochentag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag					
Datum	XX.XX.XX			XX.XX.XX			XX.XX.XX			XX.XX.XX			XX.XX.XX			XX.XX.XX			XX.XX.XX					
Tageszeit	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab			
schmerzfrei	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
↓ Schmerzstärke	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
↓	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
↓	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
↓	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
↓	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
↓	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
↓	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
stärkster Schmerz	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	<input type="radio"/> Stuhlgang	<input type="radio"/> Müdigkeit	<input type="radio"/> Übelkeit	<input type="radio"/> Stuhlgang	<input checked="" type="checkbox"/> Müdigkeit	<input checked="" type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="radio"/> Stuhlgang	<input checked="" type="checkbox"/> Müdigkeit	<input checked="" type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="radio"/> Stuhlgang	<input checked="" type="checkbox"/> Müdigkeit	<input checked="" type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="radio"/> Stuhlgang	<input checked="" type="checkbox"/> Müdigkeit	<input checked="" type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="radio"/> Stuhlgang	<input type="radio"/> Müdigkeit	<input type="radio"/> Übelkeit	<input type="radio"/> Stuhlgang	<input type="radio"/> Müdigkeit	<input type="radio"/> Übelkeit			
	<input type="radio"/> Schlafstörung	<input type="radio"/> Nachtschmerz		<input type="radio"/> Schlafstörung	<input type="radio"/> Nachtschmerz		<input checked="" type="checkbox"/> Schlafstörung	<input checked="" type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="radio"/> Schlafstörung	<input type="radio"/> Nachtschmerz		<input type="radio"/> Schlafstörung	<input type="radio"/> Nachtschmerz	<input type="radio"/> Schlafstörung	<input type="radio"/> Nachtschmerz	<input type="radio"/> Schlafstörung	<input type="radio"/> Nachtschmerz	<input type="radio"/> Schlafstörung	<input type="radio"/> Nachtschmerz	<input type="radio"/> Schlafstörung	<input type="radio"/> Nachtschmerz			
Anmerkungen				<i>Schnupfen, Schleimlöser genommen</i>			<i>Schleimlöser Nasenspray</i>			<i>wird besser</i>						<i>alles gut!</i>								



Mein Schmerzprotokoll

mo = morgens mi = mittags ab = abends

Wochentag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag					
Datum																								
Tageszeit	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab			
schmerzfrei	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
↓ Schmerzstärke	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
↓ 	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
↓ stärkster Schmerz	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz				
Anmerkungen																								



Mein Schmerzprotokoll

mo = morgens mi = mittags ab = abends

Wochentag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag					
Datum																								
Tageszeit	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab			
schmerzfrei	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
↓ Schmerzstärke	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
↓	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
↓ stärkster Schmerz	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz				
Anmerkungen																								



Mein Schmerzprotokoll

mo = morgens mi = mittags ab = abends

Wochentag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag					
Datum																								
Tageszeit	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab			
schmerzfrei	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
↓ Schmerzstärke	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
↓ 	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
↓ stärkster Schmerz	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz				
Anmerkungen																								

Mein Schmerzprotokoll

mo = morgens mi = mittags ab = abends

Wochentag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag					
Datum																								
Tageszeit	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab	mo	mi	ab			
schmerzfrei	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
↓ Schmerzstärke	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
↓	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
↓ stärkster Schmerz	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz				
Anmerkungen																								

Hinweis

Bitte folgen Sie den Therapieempfehlungen Ihres behandelnden Arztes und **verändern Sie nicht eigenmächtig die Therapie und Dosierung**.

Es ist möglich, dass Sie verschiedene Medikamente erhalten, die ggf. zu einer gegenseitigen Verstärkung der Nebenwirkungen führen können. Zu diesen Arzneimitteln gehören v. a. Schlafmittel, Antidepressiva, Narkosemittel und Neuroleptika.

Bitte **nehmen Sie keine anderen Medikamente ein** oder setzen Sie die Schmerztherapie nicht eigenmächtig ab, ohne dies mit Ihrem behandelnden Arzt zu besprechen.

Haben Sie noch Fragen?

Unter folgender Adresse können Sie die Broschüren „Wissenswertes zu Palliativversorgung“, „Lebensqualität trotz Schmerzen“, sowie weitere Exemplare dieses Tagebuchs **kostenfrei bestellen**:

Hexal AG

Patientenservice
Industriestraße 25
83607 Holzkirchen

Tel.: 0800 4392523

E-Mail: service@hexal.com

www.schmerz.de/patient

www.feelinx.de



Hexal AG

Industriestraße 25

83607 Holzkirchen

Tel.: 0800 4392523

E-Mail: service@hexal.com

www.hexal.de

MUR-121197-05/2021 Art.-Nr. 3265/21



A Sandoz Brand