

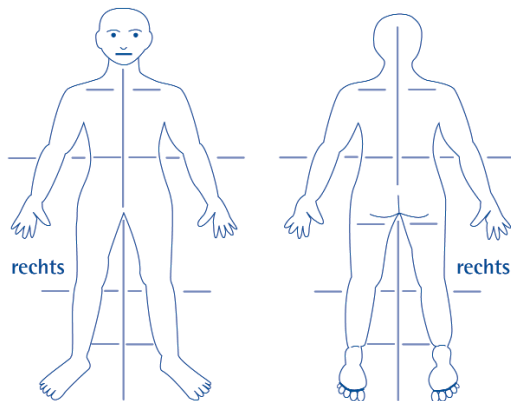
Häufig ist es schwierig, seine Schmerzen Dritten gegenüber zu beschreiben. Der vorliegende Schmerzfragebogen kann Ihnen die Dokumentation erleichtern. Bitte sprechen Sie ggfs. mit Ihrem behandelnden Arzt, ob für ihn diese Art der Dokumentation hilfreich ist.

Schmerzfragebogen

Name, Vorname _____

Datum _____ Woche vom _____

1. Bitte zeichnen Sie in der Skizze ein, wo Sie Schmerzen haben.



2. Bitte tragen Sie ein, wie oft Sie Schmerzen haben.

- täglich einmal pro Woche andauernd
 mehrmals pro Woche einmal pro Monat anfallsweise

3. Bitte beschreiben Sie die Schmerzempfindung.

- stechend reißend pochend scharf klopfend
 schneidend pulsierend ziehend brennend ausstrahlend

Persönliche Bemerkungen:

4. Bitte tragen Sie täglich die Zahl ein, die Ihre Schmerzen am besten beschreibt.

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
Datum																					
Uhrzeit	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	20 ⁰⁰
sehr starker 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
☹️	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
☺️	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
☺️	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
☺️	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
kein Schmerz	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

5. Bitte wählen Sie ein Symbol, das Ihr Allgemeinbefinden beschreibt.

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
Schlaf	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️
Stuhlgang	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️
Appetit	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️
Übelkeit	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️
Stimmung	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️	☹️	☺️	☺️

☺️ gut ☺️ mäßig ☹️ schlecht

6. Bitte tragen Sie Ihre Medikamente ein.

Datum	Medikament	Früh	Mittag	Abend	Nacht