



# Patiententagebuch

**>CHANGE PAIN**  
GEMEINSAM FÜR EIN ZIEL

Schmerzen sind in ihrem Erscheinungsbild so vielfältig wie ihre Ursachen. Daher fordert auch ihre Therapie ein individuell auf den Patienten abgestimmtes Vorgehen. CHANGE PAIN ist die Servicemarke von Grünenthal mit dem Ziel, die Versorgung von Schmerzpatienten weiter zu verbessern. Unterstützt und gefördert wird CHANGE PAIN durch einen internationalen Sachverständigenrat aus Schmerzspezialisten und Schmerzgesellschaften.

**Auch im Internet  
für Sie da!  
[www.change-pain.de](http://www.change-pain.de)**

## Patientendaten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

## Behandelnder Arzt

Stempel

Notruf

## Liebe Patientin, lieber Patient,

dieses Tagebuch wurde Ihnen überreicht, um Ihnen und Ihrem Arzt die Schmerztherapie zu erleichtern. Dafür ist es wichtig, dass Sie es sorgfältig ausfüllen.

Die folgende Skala soll Ihnen helfen, die Stärke Ihrer Schmerzen zu erfassen.



Bitte halten Sie entsprechend dem Muster auf Seite 6 zunächst fest, wo Ihre Schmerzen lokalisiert sind.

Tragen Sie bitte für jeden Wochentag morgens, mittags und abends die Schmerzstärke durch ankreuzen der entsprechenden Felder ein (1 - 10 entsprechend der hier abgebildeten Schmerzskala).

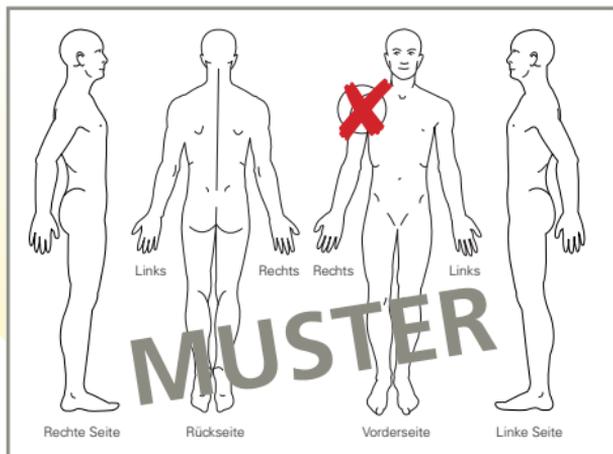
Bitte kreuzen Sie täglich an, ob Ihr Stuhlgang zufriedenstellend war, ob Sie gut geschlafen haben, ob Ihre Stimmung positiv war und ob Ihnen übel war. Außerdem sollten Sie eine eventuell notwendige Zusatzmedikation täglich notieren.

Anhand dieser Angaben kann der Arzt Ihr Schmerzmedikament (Tabletten, Tropfen, Pflaster) genau so dosieren, wie es für Sie notwendig ist. Deshalb ist es wichtig, das Tagebuch zu jedem Arztbesuch mitzubringen.

*Vielen Dank für Ihre Mithilfe*

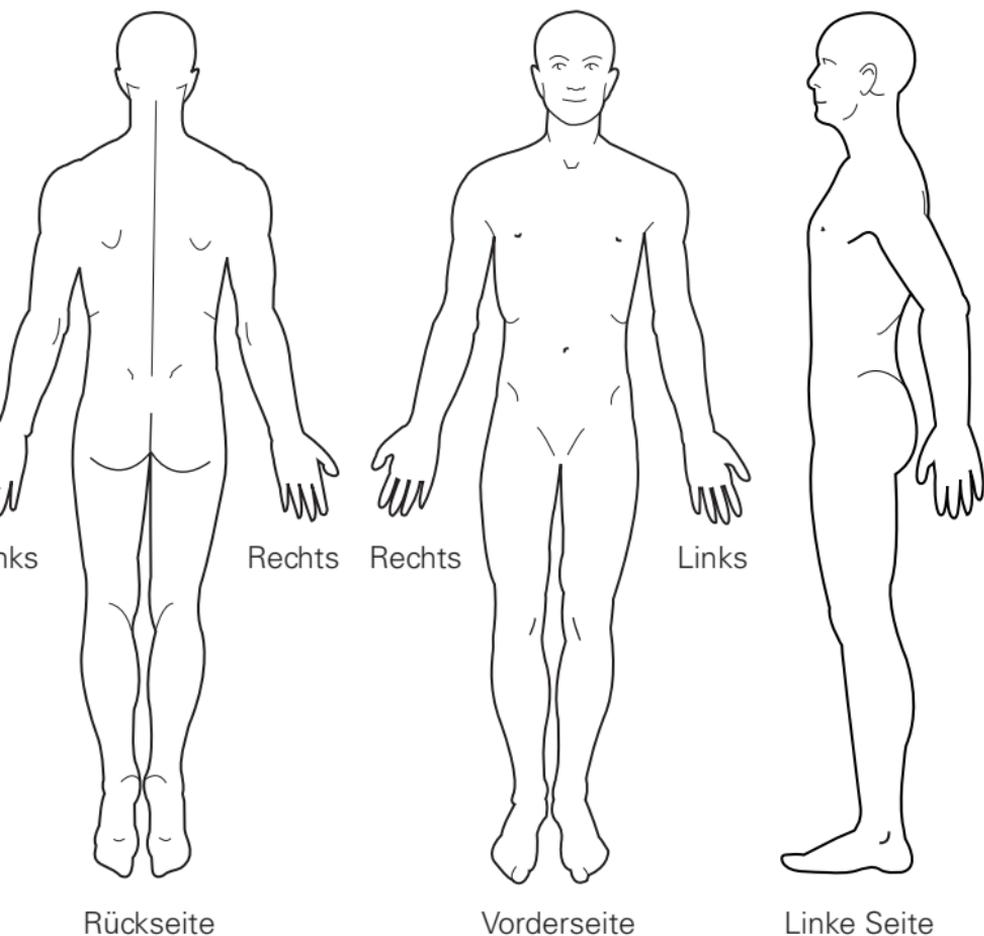


# Wo haben Sie Ihren Hauptschmerz?



Rechte Seite

Bitte zeichnen Sie im untenstehenden Körperschema ein, an welchen Stellen Ihre Schmerzen auftreten.



# Therapieprotokoll Schmerz

TAG	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
DATUM										
ZEIT	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p>Schmerzstärke</p> <p>Schmerzfrei</p>	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
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Stuhl										
Schlaf										
Stimmung										
Übelkeit										
Zusatz- medikation	Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?		

Name

DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
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
											
											
											
											
Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?	

Quelle: Professor T. Scholten, AK Hagen

# Therapieprotokoll Schmerz

TAG	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH		
DATUM									
ZEIT	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">Schmerzstärke</p> <p style="text-align: center;">↓</p>  <p>Schmerzfrei</p>	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
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stuhl									
Schlaf									
Stimmung									
Übelkeit									
Zusatz- medikation	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	

Name \_\_\_\_\_

DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
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
											
											
											
											
Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?	

Quelle: Professor T. Scholten, AK Hagen

# Therapieprotokoll Schmerz

TAG	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
DATUM										
ZEIT	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p>Schmerzstärke</p> <p>Schmerzfrei</p>	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
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Stuhl										
Schlaf										
Stimmung										
Übelkeit										
Zusatz- medikation	Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?		

Name

DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
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
											
											
											
											
Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?	

Quelle: Professor T. Scholten, AK Hagen

# Therapieprotokoll Schmerz

TAG	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH		
DATUM									
ZEIT	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">Schmerzstärke</p> <p style="text-align: center;">↓</p>  <p>Schmerzfrei</p>	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
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stuhl									
Schlaf									
Stimmung									
Übelkeit									
Zusatz- medikation	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	

Name

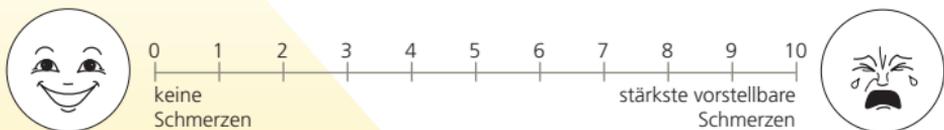
DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	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
											
											
											
											
Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?	

Quelle: Professor T. Scholten, AK Hagen

# Tagesablauf

Am Abend vor dem Arztbesuch auszufüllen!

1. Schätzen Sie die Stärke Ihres Schmerzes auf der folgenden Skala ein



2. Haben Sie die letzte Nacht ausreichend geschlafen?  
 ausreichend  nicht ausreichend
3. Haben Sie heute über den ganzen Tag Schmerzen?  
 nein  ja
4. Haben Ihre Schmerzen heute Ihre Aktivitäten und Bedürfnisse eingeschränkt?  
 nein  ein bisschen  deutlich  stark  fast vollständig
5. Wurde Ihre Stimmung durch die Schmerzen beeinträchtigt?  
 nein  ein bisschen  deutlich  stark  sehr stark
6. War es Ihnen heute möglich, die Schmerzen zu lindern?  
 nein  ein bisschen  deutlich  stark  fast vollständig

**7. Zusätzliche Beschwerden?**

- Müdigkeit    Übelkeit    Appetitlosigkeit  
 Lustlosigkeit    Magenbeschwerden  
 Schlafstörungen    Schwindel    Kopfschmerzen  
 Verstopfung    Andere

**8. Haben Sie zusätzliche Schmerzmedikamente benötigt?**

- nein    ja \_\_\_\_ mal

**9. Gibt es andere Ereignisse, die heute mit Ihren Schmerzen im Zusammenhang stehen?**

---

---

# Therapieprotokoll Schmerz

TAG	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH		
DATUM									
ZEIT	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">Schmerzstärke</p> <p style="text-align: center;">↓</p>  <p>Schmerzfrei</p>	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
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stuhl									
Schlaf									
Stimmung									
Übelkeit									
Zusatz- medikation	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	

Name \_\_\_\_\_

DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
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
											
											
											
											
Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?	

Quelle: Professor T. Scholten, AK Hagen

# Therapieprotokoll Schmerz

TAG	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH		
DATUM									
ZEIT	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p style="text-align: center;">↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p style="text-align: center;">↓</p>  <p>Schmerzfrei</p>	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
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stuhl									
Schlaf									
Stimmung									
Übelkeit									
Zusatz- medikation	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	

Name \_\_\_\_\_

DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
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
											
											
											
											
Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?	

Quelle: Professor T. Scholten, AK Hagen

# Therapieprotokoll Schmerz

TAG	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH		
DATUM									
ZEIT	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">Schmerzstärke</p> <p style="text-align: center;">↓</p>  <p>Schmerzfrei</p>	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
	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stuhl									
Schlaf									
Stimmung									
Übelkeit									
Zusatz- medikation	Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?	

Name \_\_\_\_\_

DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
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
											
											
											
											
Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?	

Quelle: Professor T. Scholten, AK Hagen

# Therapieprotokoll Schmerz

TAG	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH		
DATUM									
ZEIT	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p style="text-align: center;">↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p style="text-align: center;">↓</p>  <p>Schmerzfrei</p>	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
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stuhl									
Schlaf									
Stimmung									
Übelkeit									
Zusatz- medikation	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	

Name

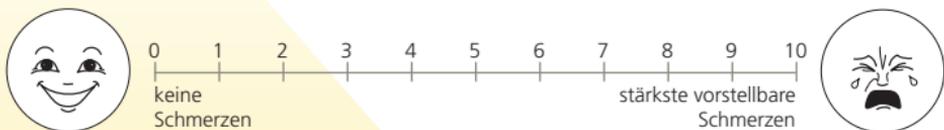
DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	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
											
											
											
											
Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?	

Quelle: Professor T. Scholten, AK Hagen

# Tagesablauf

Am Abend vor dem Arztbesuch auszufüllen!

1. Schätzen Sie die Stärke Ihres Schmerzes auf der folgenden Skala ein



2. Haben Sie die letzte Nacht ausreichend geschlafen?  
 ausreichend  nicht ausreichend
3. Haben Sie heute über den ganzen Tag Schmerzen?  
 nein  ja
4. Haben Ihre Schmerzen heute Ihre Aktivitäten und Bedürfnisse eingeschränkt?  
 nein  ein bisschen  deutlich  stark  fast vollständig
5. Wurde Ihre Stimmung durch die Schmerzen beeinträchtigt?  
 nein  ein bisschen  deutlich  stark  sehr stark
6. War es Ihnen heute möglich, die Schmerzen zu lindern?  
 nein  ein bisschen  deutlich  stark  fast vollständig

**7. Zusätzliche Beschwerden?**

- Müdigkeit    Übelkeit    Appetitlosigkeit  
 Lustlosigkeit    Magenbeschwerden  
 Schlafstörungen    Schwindel    Kopfschmerzen  
 Verstopfung    Andere

**8. Haben Sie zusätzliche Schmerzmedikamente benötigt?**

- nein    ja \_\_\_\_ mal

**9. Gibt es andere Ereignisse, die heute mit Ihren Schmerzen im Zusammenhang stehen?**

---

---

# Therapieprotokoll Schmerz

TAG	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH		
DATUM									
ZEIT	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">Schmerzstärke</p> <p style="text-align: center;">↓</p>  <p>Schmerzfrei</p>	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
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stuhl									
Schlaf									
Stimmung									
Übelkeit									
Zusatz- medikation	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	

Name

DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
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
											
											
											
											
Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?	

Quelle: Professor T. Scholten, AK Hagen

# Therapieprotokoll Schmerz

TAG	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH		
DATUM									
ZEIT	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">Schmerzstärke</p> <p style="text-align: center;">↓</p>  <p>Schmerzfrei</p>	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
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stuhl									
Schlaf									
Stimmung									
Übelkeit									
Zusatz- medikation	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	

Name \_\_\_\_\_

DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
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
											
											
											
											
Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?	

Quelle: Professor T. Scholten, AK Hagen

# Therapieprotokoll Schmerz

TAG	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH		
DATUM									
ZEIT	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">Schmerzstärke</p> <p style="text-align: center;">↓</p>  <p>Schmerzfrei</p>	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
	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stuhl									
Schlaf									
Stimmung									
Übelkeit									
Zusatz- medikation	Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?	

Name \_\_\_\_\_

DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
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
											
											
											
											
Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?	

Quelle: Professor T. Scholten, AK Hagen

# Therapieprotokoll Schmerz

TAG	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH		
DATUM									
ZEIT	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">Schmerzstärke</p> <p style="text-align: center;">↓</p>  <p>Schmerzfrei</p>	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
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stuhl									
Schlaf									
Stimmung									
Übelkeit									
Zusatz- medikation	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	Wann?	Was?	

Name

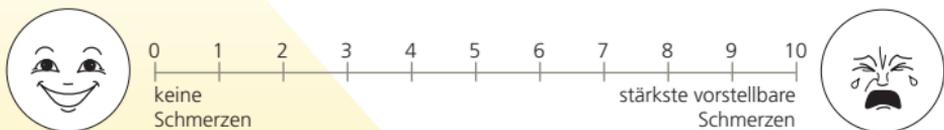
DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00	7.00	12.00	19.00
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	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
											
											
											
											
Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?		Wann?	Was?	

Quelle: Professor T. Scholten, AK Hagen

# Tagesablauf

Am Abend vor dem Arztbesuch auszufüllen!

1. Schätzen Sie die Stärke Ihres Schmerzes auf der folgenden Skala ein



2. Haben Sie die letzte Nacht ausreichend geschlafen?  
 ausreichend  nicht ausreichend
3. Haben Sie heute über den ganzen Tag Schmerzen?  
 nein  ja
4. Haben Ihre Schmerzen heute Ihre Aktivitäten und Bedürfnisse eingeschränkt?  
 nein  ein bisschen  deutlich  stark  fast vollständig
5. Wurde Ihre Stimmung durch die Schmerzen beeinträchtigt?  
 nein  ein bisschen  deutlich  stark  sehr stark
6. War es Ihnen heute möglich, die Schmerzen zu lindern?  
 nein  ein bisschen  deutlich  stark  fast vollständig

**7. Zusätzliche Beschwerden?**

- Müdigkeit    Übelkeit    Appetitlosigkeit  
 Lustlosigkeit    Magenbeschwerden  
 Schlafstörungen    Schwindel    Kopfschmerzen  
 Verstopfung    Andere

**8. Haben Sie zusätzliche Schmerzmedikamente benötigt?**

- nein    ja \_\_\_\_ mal

**9. Gibt es andere Ereignisse, die heute mit Ihren Schmerzen im Zusammenhang stehen?**

---

---





Bitte folgen Sie den Therapieempfehlungen Ihres Arztes und ändern Sie nicht eigenmächtig die Schmerztherapie. Die gleichzeitige Anwendung von bestimmten Arzneimitteln kann zu einer Verstärkung von Nebenwirkungen führen. Zu diesen Arzneimitteln gehören bestimmte Schlaf- und Beruhigungsmittel, Narkosemittel, Antidepressiva, Neuroleptika und Antikonvulsiva. Nehmen Sie keine anderen Medikamente, ohne dies vorher mit dem Arzt zu besprechen. Setzen Sie die verordneten Medikamente gegen Ihre Schmerzen nicht ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt ab.

Weitere Informationen und nützliche  
Materialien rund um die Themen Schmerz  
und Schmerztherapie finden Sie im Internet unter  
[www.change-pain.de](http://www.change-pain.de).

