

DOKUMENTATIONSBLATT

Datum

Schmerzmittel-Therapie

a) Dauertherapie? Wie verordnet? abweichend: _____

b) zusätzliche Schmerzmittel (Angabe von Dosis, Häufigkeit):

Schmerzstärke morgens

☺	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☹
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

Schmerzstärke mittags

☺	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☹
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

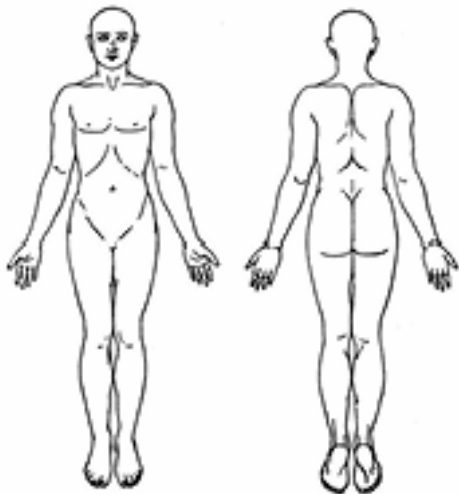
Schmerzstärke abends

☺	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☹
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

Schmerzstärke nachts

☺	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	☹
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

Wo treten die Schmerzen auf?



Allgemeinbefinden: _____

Appetit: _____

Stuhlgang: _____

Übelkeit: _____

Müdigkeit: _____

Sonstige Bemerkungen: