SCHMERZKLINIK KIEL

Ihr Schmerzkalender

Notizen:

Montag Tag..... Monat..... Jahr.....

	Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Schmerzstärke	sehr stark																								
	stark																								
	mittel																								
	schwach																								
	sehr schwach																								
	kein Schmerz																								
Schlaf																									
Medikation																									
Andere Maßnahmen																									

Dienstag Tag..... Monat..... Jahr.....

	Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Schmerzstärke	sehr stark																								
	stark																								
	mittel																								
	schwach																								
	sehr schwach																								
	kein Schmerz																								
Schlaf																									
Medikation																									
Andere Maßnahmen																									

Mittwoch Tag..... Monat..... Jahr.....

	Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Schmerzstärke	sehr stark																								
	stark																								
	mittel																								
	schwach																								
	sehr schwach																								
	kein Schmerz																								
Schlaf																									
Medikation																									
Andere Maßnahmen																									

Donnerstag Tag..... Monat..... Jahr.....

	Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Schmerzstärke	sehr stark																								
	stark																								
	mittel																								
	schwach																								
	sehr schwach																								
	kein Schmerz																								
Schlaf																									
Medikation																									
Andere Maßnahmen																									

Freitag Tag..... Monat..... Jahr.....

	Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Schmerzstärke	sehr stark																								
	stark																								
	mittel																								
	schwach																								
	sehr schwach																								
	kein Schmerz																								
Schlaf																									
Medikation																									
Andere Maßnahmen																									

Samstag Tag..... Monat..... Jahr.....

	Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Schmerzstärke	sehr stark																								
	stark																								
	mittel																								
	schwach																								
	sehr schwach																								
	kein Schmerz																								
Schlaf																									
Medikation																									
Andere Maßnahmen																									

Sonntag Tag..... Monat..... Jahr.....

	Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Schmerzstärke	sehr stark																								
	stark																								
	mittel																								
	schwach																								
	sehr schwach																								
	kein Schmerz																								
Schlaf																									
Medikation																									
Andere Maßnahmen																									

Name:

Straße:

Ort:

Notizen:

Montag Tag..... Monat..... Jahr.....

	Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Schmerzstärke	sehr stark																								
	stark																								
	mittel																								
	schwach																								
	sehr schwach																								
	kein Schmerz																								
Schlaf																									
Medikation																									
Andere Maßnahmen																									

Dienstag Tag..... Monat..... Jahr.....

	Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Schmerzstärke	sehr stark																								
	stark																								
	mittel																								
	schwach																								
	sehr schwach																								
	kein Schmerz																								
Schlaf																									
Medikation																									
Andere Maßnahmen																									

Mittwoch Tag..... Monat..... Jahr.....

	Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Schmerzstärke	sehr stark																								
	stark																								
	mittel																								
	schwach																								
	sehr schwach																								
	kein Schmerz																								
Schlaf																									
Medikation																									
Andere Maßnahmen																									

Donnerstag Tag..... Monat..... Jahr.....

	Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Schmerzstärke	sehr stark																								
	stark																								
	mittel																								
	schwach																								
	sehr schwach																								
	kein Schmerz																								
Schlaf																									
Medikation																									
Andere Maßnahmen																									

Freitag Tag..... Monat..... Jahr.....

	Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Schmerzstärke	sehr stark																								
	stark																								
	mittel																								
	schwach																								
	sehr schwach																								
	kein Schmerz																								
Schlaf																									
Medikation																									
Andere Maßnahmen																									

Samstag Tag..... Monat..... Jahr.....

	Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Schmerzstärke	sehr stark																								
	stark																								
	mittel																								
	schwach																								
	sehr schwach																								
	kein Schmerz																								
Schlaf																									
Medikation																									
Andere Maßnahmen																									

Sonntag Tag..... Monat..... Jahr.....

	Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Schmerzstärke	sehr stark																								
	stark																								
	mittel																								
	schwach																								
	sehr schwach																								
	kein Schmerz																								
Schlaf																									
Medikation																									
Andere Maßnahmen																									