SCHMERZ+ PALLIATIVZENTRUM HAMBURG

Schmerz- Kalender

Name: **Monat:** **202**

Wochentag	Tag			Uhrzeit / Dauer der Schmerzen																								Schmerzstärke 0-10	Stuhlgang	Übelkeit	Schwindel	Müdigkeit	andere	Auslöser/Verstärker
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24							
	1																																	
	2																																	
	3																																	
	4																																	
	5																																	
	6																																	
	7																																	
	8																																	
	9																																	
	10																																	
	11																																	
	12																																	
	13																																	
	14																																	
	15																																	
	16																																	
	17																																	
	18																																	
	19																																	
	20																																	
	21																																	
	22																																	
	23																																	
	24																																	
	25																																	
	26																																	
	27																																	
	28																																	
	29																																	
	30																																	
	31																																	

Dauer der Schmerzen markieren: - - - - - - - **Medikamenteneinnahme markieren:** 1= 2= 3=

Auslöser eintragen (z.B. körperliche Anstrengung, Wetterveränderung, Ärger, Ernährung, Entspannung, Freude, Streß

Behandlungen: T = TENS, G = Gymnastik eigene, KG = Krankengymnastik, E = Entspannung, A = Arztbesuch

Dauermedikamente:

© Schmerz- und Palliativzentrum Hamburg (CIS) GmbH