

Schmerztagebuch



Allgemein öffentliches Krankenhaus
Elisabethinen Linz

Institut für physikalische Medizin und Rehabilitation
Leitung: Prim. Dr. Winfried Habelsberger

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieses Tagebuch wurde Ihnen überreicht, um wichtige Informationen zu Ihren Schmerzen zu erhalten. Ihre Aufzeichnungen über das Ausmaß der Schmerzen, tageszeitlichen Schwankungen und allfällige Einnahme von zusätzlichen Medikamenten helfen dem Arzt/ der Ärztin ihre Schmerztherapie zu optimieren. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Sie das Tagebuch sorgfältig und täglich ausfüllen.

Bitte zeichnen Sie zunächst an der schematischen Darstellung des Körpers die schmerzenden Stellen ein.

Tragen Sie dann an jedem Wochentag **nachfolgende Informationen** zu Ihren Schmerzen ein.

- **Wann haben Sie Ihre Schmerzen?** der erste Eintrag sollte gleich nach dem Aufstehen erfolgen, und dann mehrmals über den Tag verteilt notieren. Nächtliche Schmerzen sollten Sie nur dann angeben, wenn Sie aufgrund Ihrer Schmerzen nicht schlafen können.
- **Wie stark ist der Schmerz:** Wie sind Ihre Schmerzen?

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



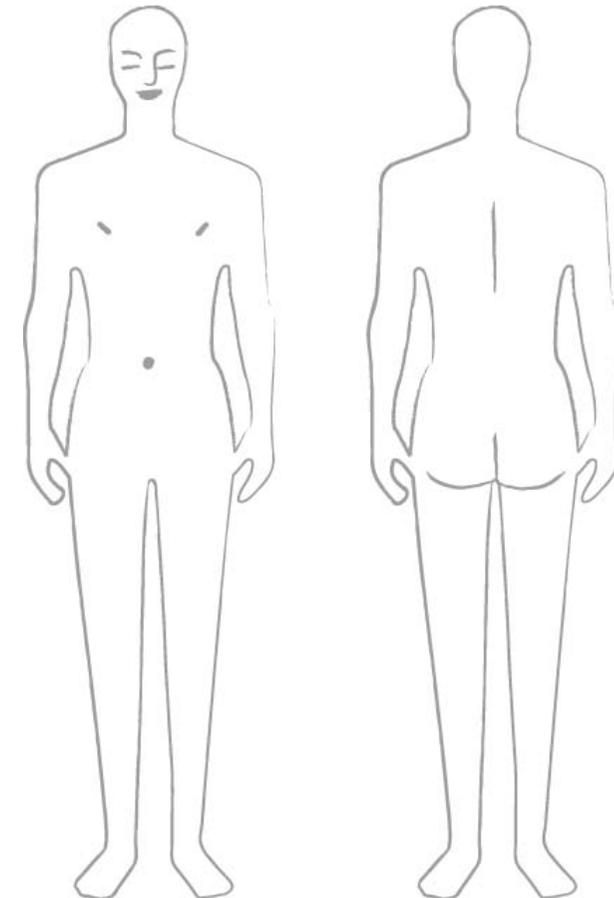
Bitte kreuzen Sie jeweils eines der vorgegebenen Felder an.
(0 = schmerzfrei; 10 = stärkste Schmerzen)

- **Allgemeine Angaben:** Versuchen Sie bitte ihre **Schlafqualität**, ihr **allgemeines Wohlbefinden**, ihr **Stuhlverhalten** zu bewerten. Vermerken sie auch **auftretende Übelkeit**. Die eingefügten Smileys sollen Ihnen die Angaben erleichtern.
- **Zusätzliche Medikamente:** haben Sie zusätzliche Schmerzmedikamente benötigt? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung (z.B. 1 Tablette, 10 Tropfen etc.)?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Wo haben Sie Ihren Hauptschmerz?

Bitte zeichnen sie den Schmerzort oder die verschiedenen Schmerzorte in die schematische Abbildung ein



Schmerztagebuch



Allgemein öffentliches Krankenhaus
Elisabethinen Linz

Institut für physikalische Medizin und Rehabilitation
Leitung: Prim. Dr. Winfried Habelsberger

Name: _____

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag			
Datum																						
Zeit	7:00	12:00	19:00	7:00	12:00	19:00	7:00	12:00	19:00	7:00	12:00	19:00	7:00	12:00	19:00	7:00	12:00	19:00	7:00	12:00	19:00	
Schmerz- stärke	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	

Allgemeine Angaben																					
Stuhl	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️
Schlaf	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️
Stimmung/ Wohlbefinden	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️
Übelkeit	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️
Zusätzliche Medikamente	Wann?	Was?																			