

Name:





Aktenzeichen:

Sie benötigen ein Doppelblatt pro Woche.

Bitte diese Seiten so oft drucken /
kopieren wie nötig.

Wochenplan → Schmerztagebuch

Woche <input type="text"/>	1. Tag Datum <input type="text"/>				2. Tag Datum <input type="text"/>				3. Tag Datum <input type="text"/>									
Tageszeit	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts						
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Präparate:																		
<input type="text"/> Anz.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
<input type="text"/> Anz.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
<input type="text"/> Anz.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
IBZ (Schmerzstärke) 1 = kein Schmerz 10 = stärkster Schmerz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Sonstiges Befinden an diesem Tag	Stuhlgang			Schlaf			Wohlbefinden			Stuhlgang			Schlaf			Wohlbefinden		
	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Beeinträchtigung der Tagesaktivität durch Schmerzen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark				<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark				<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark									
Bemerkungen	<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>									

4. Tag Datum <input type="text"/>				5. Tag Datum <input type="text"/>				6. Tag Datum <input type="text"/>				7. Tag Datum <input type="text"/>			
morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stuhlgang Schlaf Wohlbefinden  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Stuhlgang Schlaf Wohlbefinden  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Stuhlgang Schlaf Wohlbefinden  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Stuhlgang Schlaf Wohlbefinden  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Beeinträchtigung der Tagesaktivität durch Schmerzen		<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark		Beeinträchtigung der Tagesaktivität durch Schmerzen		<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark		Beeinträchtigung der Tagesaktivität durch Schmerzen		<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark		Beeinträchtigung der Tagesaktivität durch Schmerzen		<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark	
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>			