

# Schmerztagebuch

Name: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_

**Schmerzskala:** 0 = kein Schmerz · 5 = mittel · 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Dokumentieren Sie Stärke, Ort und Art des Schmerzes sowie Ihre Medikation.







