

Monat / Jahr

¹ Schmerzstärke

Tragen Sie bitte das passende Symbol ein.

+++ = Stark

++ = Mittel

+ = Leicht

² Mögliche Auslöser

Tragen Sie bitte die passende Zahl oder Text ein.

1. Stress oder Erholung

2. Essen

3. Schlaf-Wachrhythmus gestört

4. Menstruation

5. Anderer Auslöser, z. B.

			Schmerzcharakter		Seite		Begleitscheinungen	Vermuteter Schmerzauslöser	Medikamente	Wirkung		
Tag	Uhrzeit von – bis	Stärke ¹	pulsierend / pochend	dumpf / drücken	einseitig	beidseitig	z.B. Übelkeit, Erbrechen, Licht- oder Lärmempfindlichkeit, Sehstörungen	Beispiele ²	Präparat / Dosis	gut	mittel	schlecht
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												