

<b>Datum / Zeit</b>														
<b>Schmerzstärke</b> von 0 - 10														
<b>Schmerzort</b>														
<b>Umstände</b> z.B. Ruhe, Belastung														
<b>Begleitsymptome</b> z.B. Übelkeit, Verstopfung														
<b>Schmerzmittel</b> - <u>Basis:</u> .....														
- <u>Bedarf:</u> .....														
<b>Wirkung, Erfolg?</b> <b>Nebenwirkung?</b>														
<b>Anderes</b>														