



Tagebuch für

Schmerzen

Ein Service der HEXAL AG



www.schmerz.de

Arzneimittel Ihres Vertrauens





Inhalt



4 Vorwort



6 Patientendaten

8 So füllen Sie das Schmerzprotokoll aus!

10 Ihr Schmerzprotokoll



18 Hinweis



19 Haben Sie noch Fragen?



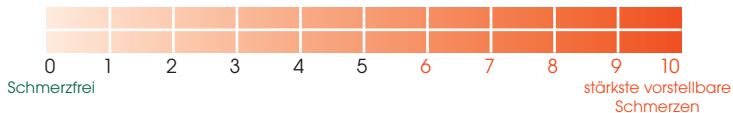
Vorwort

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben dieses Schmerztagebuch erhalten, um die Stärke wie den Zeitpunkt Ihrer Schmerzen besser einschätzen und damit effektiver behandeln zu können. Daher ist es wichtig, dass Sie sich jeden Tag ein wenig Zeit nehmen, um die folgenden Tabellen sorgfältig auszufüllen. Sie als Patient stehen im Mittelpunkt der Behandlung und sollen nichts an Lebensqualität einbüßen, nur weil Ihre Schmerzen möglicherweise unzureichend behandelt werden. Wenden Sie sich vertrauensvoll an Ihren behandelnden Arzt, um über Ihre Schmerzen zu sprechen.

Die folgende Skala soll Ihnen helfen, die Schmerzstärke zu erfassen und aufzuschreiben.

Numerische Analogskala (NAS)



Bitte umkreisen Sie jeden Tag morgens, mittags und abends den Zahlenwert, der der empfundenen Stärke Ihrer Schmerzen entspricht. Der Zahlenwert 0 entspricht dabei schmerzfrei, der Zahlenwert 10 den stärksten vorstellbaren Schmerzen.

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie Stuhlgang hatten, ob Sie übermäßige Müdigkeit verspürten, ob ihnen übel war und ob Sie einen ungestörten Nachtschlaf hatten. Weiterhin sollten Sie, sofern es zutreffend ist, im Anmerkungsfeld angeben, ob Sie andere Medikamente zusätzlich eingenommen haben oder ob neue andersartige Beschwerden aufgetreten sind.

All diese Angaben sollen helfen, dass Ihr Arzt die Schmerzbehandlung optimal auf Ihre individuellen Bedürfnisse abstimmen kann. Bitte bringen Sie das Schmerztagebuch zu jedem Arztbesuch mit.

Gute Besserung wünscht Ihnen

Ihre **HEXAL AG**



Patientendaten

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

Geburtsdatum _____

Benachrichtigung im Notfall

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

Behandelnder Arzt

Adresse/Arztstempel

Therapieplan

Präparat	morgens	mittags	abends	nachts

Anmerkungen

So füllen Sie das Schmerzprotokoll aus!

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch		
Datum	XX.XX.XX			XX.XX.XX			XX.XX.XX		
Zeit	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
stärkster Schmerz	10	10	10	10	10	10	10	10	10
↑	9	9	9	9	9	9	9	9	9
↑	8	8	8	8	8	8	8	8	8
↑	7	7	7	7	7	7	7	7	7
↑	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Schmerzstärke	5	5	5	5	5	5	5	5	5
↓	4	4	4	4	4	4	4	4	4
↓	3	3	3	3	3	3	3	3	3
↓	2	2	2	2	2	2	2	2	2
↓	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Schmerzfrei	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Datum eintragen

Kringel um Schmerzstärke machen

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input checked="" type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input checked="" type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

Anmerkungen

	30 MCP HEXAL® Tropfen	
--	-----------------------	--

mo. = morgens mi. = mittags ab. = abends

Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

z. B. Kreuz bei Stuhlgang und Übelkeit machen

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

Hier bitte Medikament oder Beschwerden eintragen			
--	--	--	--

Ihr Schmerzprotokoll

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch		
Datum									
Zeit	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
stärkster Schmerz ☹️	10	10	10	10	10	10	10	10	10
↑ Schmerzstärke ↓	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Schmerzfrei 😊	0	0	0	0	0	0	0	0

Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

Anmerkungen

--	--	--

--	--	--	--

mo. = morgens mi. = mittags ab. = abends

Ihr Schmerzprotokoll

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch		
Datum									
Zeit	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
stärkster Schmerz ☹️	10	10	10	10	10	10	10	10	10
↑ Schmerzstärke ↓	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Schmerzfrei 😊	0	0	0	0	0	0	0	0

Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

Anmerkungen

--	--	--

--	--	--	--

mo. = morgens mi. = mittags ab. = abends

Ihr Schmerzprotokoll

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch		
Datum									
Zeit	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
stärkster Schmerz ☹️	10	10	10	10	10	10	10	10	10
↑ Schmerzstärke ↓	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Schmerzfrei 😊	0	0	0	0	0	0	0	0

Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

Anmerkungen

--	--	--

--	--	--	--

mo. = morgens mi. = mittags ab. = abends

Ihr Schmerzprotokoll

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch		
Datum									
Zeit	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
stärkster Schmerz ☹️	10	10	10	10	10	10	10	10	10
↑ Schmerzstärke ↓	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Schmerzfrei 😊	0	0	0	0	0	0	0	0

Donnerstag	Freitag			Samstag			Sonntag		
Datum									
Zeit	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Stuhlgang |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschmerz |

Anmerkungen

--	--	--

--	--	--	--

mo. = morgens mi. = mittags ab. = abends



Hinweis

Bitte folgen Sie den Therapieempfehlungen Ihres behandelnden Arztes und verändern Sie nicht eigenmächtig die Therapie und Dosierung.

Es ist möglich, dass Sie verschiedene Medikamente erhalten, die ggf. zu einer gegenseitigen Verstärkung der Nebenwirkungen führen können. Zu diesen Arzneimitteln gehören v. a. Schlafmittel, Antidepressiva, Narkosemittel und Neuroleptika.

Bitte nehmen Sie keine anderen Medikamente ein oder setzen Sie die Schmerztherapie nicht eigenmächtig ab, ohne dies mit Ihrem behandelnden Arzt zu besprechen.



Haben Sie noch Fragen?

Unsere Patientenbroschüre „Lebensqualität trotz Schmerzen“ enthält interessante Informationen rund um das Thema Schmerz.



Unter folgender Adresse können Sie die Broschüre „Lebensqualität trotz Schmerzen“, sowie weitere Exemplare dieses Schmerztagebuchs kostenfrei bestellen:

HEXAL AG

Patientenservice
Industriestraße 25
83607 Holzkirchen

Telefon: 0 80 24/9 08-0
Telefax: 08 00/439 25 05
E-Mail: service@hexal.com
Internet: www.schmerz.de



HEXAL AG

Industriestr. 25 • 83607 Holzkirchen
Tel.: 080 24/908-0 • Fax: 080 24/908-12 90
E-Mail: service@hexal.com • www.hexal.de