Schmerztherapie-Praxis
DR. MED. R. WIESSNER
56410 Montabaur, Joseph-Kehrein-Str. 1-3

Schmerzprotokoll vom _____ **bis** _____

(Name, Vorname) (Geburtsdatum)

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
Datum																					
Zeit	07:00	14:00	21:00	07:00	14:00	21:00	07:00	14:00	21:00	07:00	14:00	21:00	07:00	14:00	21:00	07:00	14:00	21:00	07:00	14:00	21:00
Stärkster Schmerz ↑ Kein Schmerz	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gut ↑ Befinden ↑ Schlecht	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Übelkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stuhlgang	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Notfall-Schmerz-mittel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Therapie																					