Schmerztagebuch

Name: _____ Zeitraum: _____ bis _____

So füllen Sie aus: Datum eintragen, die Zahl einkreisen (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz), Zutreffendes ankreuzen, kurz aufschreiben.

Datum _____ ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ nachts

Stärke **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Alltag eingeschränkt: ☐ gar nicht ☐ etwas ☐ stark

Wo ☐ Kopf ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Arm/Ellenbogen ☐ Hand/Finger ☐ oberer Rücken ☐ unterer Rücken ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Fuß/Sprunggelenk ☐ anderes _____

Seite: ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

Wie ☐ dumpf ☐ stechend ☐ ziehend ☐ brennend ☐ pochend ☐ kribbelnd/taub ☐ anderes _____

Wobei _____ Was half _____ Notiz _____

Datum _____ ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ nachts

Stärke **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Alltag eingeschränkt: ☐ gar nicht ☐ etwas ☐ stark

Wo ☐ Kopf ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Arm/Ellenbogen ☐ Hand/Finger ☐ oberer Rücken ☐ unterer Rücken ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Fuß/Sprunggelenk ☐ anderes _____

Seite: ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

Wie ☐ dumpf ☐ stechend ☐ ziehend ☐ brennend ☐ pochend ☐ kribbelnd/taub ☐ anderes _____

Wobei _____ Was half _____ Notiz _____

Datum _____ ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ nachts

Stärke **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Alltag eingeschränkt: ☐ gar nicht ☐ etwas ☐ stark

Wo ☐ Kopf ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Arm/Ellenbogen ☐ Hand/Finger ☐ oberer Rücken ☐ unterer Rücken ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Fuß/Sprunggelenk ☐ anderes _____

Seite: ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

Wie ☐ dumpf ☐ stechend ☐ ziehend ☐ brennend ☐ pochend ☐ kribbelnd/taub ☐ anderes _____

Wobei _____ Was half _____ Notiz _____

Datum _____ ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ nachts

Stärke **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Alltag eingeschränkt: ☐ gar nicht ☐ etwas ☐ stark

Wo ☐ Kopf ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Arm/Ellenbogen ☐ Hand/Finger ☐ oberer Rücken ☐ unterer Rücken ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Fuß/Sprunggelenk ☐ anderes _____

Seite: ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

Wie ☐ dumpf ☐ stechend ☐ ziehend ☐ brennend ☐ pochend ☐ kribbelnd/taub ☐ anderes _____

Wobei _____ Was half _____ Notiz _____

Therapiezentrum am Wolfsbankring, Wolfsbankstraße 55, 45355 Essen, Telefon 0201 437 490 30

Schmerztagebuch

Name: _____ Zeitraum: _____ bis _____

Datum _____ ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ nachts

Stärke **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Alltag eingeschränkt: ☐ gar nicht ☐ etwas ☐ stark

Wo ☐ Kopf ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Arm/Ellenbogen ☐ Hand/Finger ☐ oberer Rücken ☐ unterer Rücken ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Fuß/Sprunggelenk ☐ anderes _____

Seite: ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

Wie ☐ dumpf ☐ stechend ☐ ziehend ☐ brennend ☐ pochend ☐ kribbelnd/taub ☐ anderes _____

Wobei _____ Was half _____ Notiz _____

Datum _____ ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ nachts

Stärke **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Alltag eingeschränkt: ☐ gar nicht ☐ etwas ☐ stark

Wo ☐ Kopf ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Arm/Ellenbogen ☐ Hand/Finger ☐ oberer Rücken ☐ unterer Rücken ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Fuß/Sprunggelenk ☐ anderes _____

Seite: ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

Wie ☐ dumpf ☐ stechend ☐ ziehend ☐ brennend ☐ pochend ☐ kribbelnd/taub ☐ anderes _____

Wobei _____ Was half _____ Notiz _____

Datum _____ ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ nachts

Stärke **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Alltag eingeschränkt: ☐ gar nicht ☐ etwas ☐ stark

Wo ☐ Kopf ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Arm/Ellenbogen ☐ Hand/Finger ☐ oberer Rücken ☐ unterer Rücken ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Fuß/Sprunggelenk ☐ anderes _____

Seite: ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

Wie ☐ dumpf ☐ stechend ☐ ziehend ☐ brennend ☐ pochend ☐ kribbelnd/taub ☐ anderes _____

Wobei _____ Was half _____ Notiz _____

Therapiezentrum am Wolfsbankring, Wolfsbankstraße 55, 45355 Essen, Telefon 0201 437 490 30

Schmerztagebuch

Name: _____ Zeitraum: _____ bis _____

Datum _____ ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ nachts

Stärke **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Alltag eingeschränkt: ☐ gar nicht ☐ etwas ☐ stark

Wo ☐ Kopf ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Arm/Ellenbogen ☐ Hand/Finger ☐ oberer Rücken ☐ unterer Rücken ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Fuß/Sprunggelenk ☐ anderes _____

Seite: ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

Wie ☐ dumpf ☐ stechend ☐ ziehend ☐ brennend ☐ pochend ☐ kribbelnd/taub ☐ anderes _____

Wobei _____ Was half _____ Notiz _____

Datum _____ ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ nachts

Stärke **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Alltag eingeschränkt: ☐ gar nicht ☐ etwas ☐ stark

Wo ☐ Kopf ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Arm/Ellenbogen ☐ Hand/Finger ☐ oberer Rücken ☐ unterer Rücken ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Fuß/Sprunggelenk ☐ anderes _____

Seite: ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

Wie ☐ dumpf ☐ stechend ☐ ziehend ☐ brennend ☐ pochend ☐ kribbelnd/taub ☐ anderes _____

Wobei _____ Was half _____ Notiz _____

Datum _____ ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ nachts

Stärke **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Alltag eingeschränkt: ☐ gar nicht ☐ etwas ☐ stark

Wo ☐ Kopf ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Arm/Ellenbogen ☐ Hand/Finger ☐ oberer Rücken ☐ unterer Rücken ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Fuß/Sprunggelenk ☐ anderes _____

Seite: ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

Wie ☐ dumpf ☐ stechend ☐ ziehend ☐ brennend ☐ pochend ☐ kribbelnd/taub ☐ anderes _____

Wobei _____ Was half _____ Notiz _____

Datum _____ ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ nachts

Stärke **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Alltag eingeschränkt: ☐ gar nicht ☐ etwas ☐ stark

Wo ☐ Kopf ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Arm/Ellenbogen ☐ Hand/Finger ☐ oberer Rücken ☐ unterer Rücken ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Fuß/Sprunggelenk ☐ anderes _____

Seite: ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

Wie ☐ dumpf ☐ stechend ☐ ziehend ☐ brennend ☐ pochend ☐ kribbelnd/taub ☐ anderes _____

Wobei _____ Was half _____ Notiz _____

Therapiezentrum am Wolfsbankring, Wolfsbankstraße 55, 45355 Essen, Telefon 0201 437 490 30

Schmerztagebuch

Name: _____ Zeitraum: _____ bis _____

Datum _____ ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ nachts

Stärke **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Alltag eingeschränkt: ☐ gar nicht ☐ etwas ☐ stark

Wo ☐ Kopf ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Arm/Ellenbogen ☐ Hand/Finger ☐ oberer Rücken ☐ unterer Rücken ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Fuß/Sprunggelenk ☐ anderes _____

Seite: ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

Wie ☐ dumpf ☐ stechend ☐ ziehend ☐ brennend ☐ pochend ☐ kribbelnd/taub ☐ anderes _____

Wobei _____ Was half _____ Notiz _____

Datum _____ ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ nachts

Stärke **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Alltag eingeschränkt: ☐ gar nicht ☐ etwas ☐ stark

Wo ☐ Kopf ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Arm/Ellenbogen ☐ Hand/Finger ☐ oberer Rücken ☐ unterer Rücken ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Fuß/Sprunggelenk ☐ anderes _____

Seite: ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

Wie ☐ dumpf ☐ stechend ☐ ziehend ☐ brennend ☐ pochend ☐ kribbelnd/taub ☐ anderes _____

Wobei _____ Was half _____ Notiz _____

Datum _____ ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ nachts

Stärke **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Alltag eingeschränkt: ☐ gar nicht ☐ etwas ☐ stark

Wo ☐ Kopf ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Arm/Ellenbogen ☐ Hand/Finger ☐ oberer Rücken ☐ unterer Rücken ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Fuß/Sprunggelenk ☐ anderes _____

Seite: ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

Wie ☐ dumpf ☐ stechend ☐ ziehend ☐ brennend ☐ pochend ☐ kribbelnd/taub ☐ anderes _____

Wobei _____ Was half _____ Notiz _____

 Das Tagebuch ersetzt keine Untersuchung. Fragen an Ärztin/Arzt oder Therapeut schreiben Sie bitte auf ein eigenes Blatt.

Therapiezentrum am Wolfsbankring, Wolfsbankstraße 55, 45355 Essen, Telefon 0201 437 490 30