

# Schmerztagebuch

4-Wochen-Protokoll



www.betafarm.com

beta pharm

## Dieses Schmerztagebuch gehört

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Benachrichtigung im Notfall

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

## Meine „Medikamente“

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

## Behandelnder Arzt

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Fachrichtung \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

*Liebe Patientin, lieber Patient,*

*um Ihnen und Ihrem Arzt die Schmerztherapie zu erleichtern, ist es wichtig, dass Sie dieses Tagebuch sorgfältig ausfüllen.*

*Ihr Arzt kann durch diese Angaben Ihr Schmerzmedikament so dosieren, wie es für Sie notwendig ist.*

*Folgende Skala soll Ihnen helfen, die Stärke Ihrer Schmerzen besser darzustellen.*



Kein Schmerz

Stärkster Schmerz

*Bitte markieren Sie zunächst auf Seite 5 die Körperregion, an denen Ihr Hauptschmerz auftritt.*

*Ab Seite 6 kreuzen Sie bitte Ihre Schmerzstärke für jeden Wochentag (morgens, mittags und abends) in den entsprechenden Feldern an (0–10 entspricht oben abgebildeter Schmerzskala).*

*Markieren Sie bitte täglich Ihre Befindlichkeiten zu Stuhlgang, wie Sie geschlafen haben, Ihre Stimmung und ob Ihnen übel war.*

*Bitte bringen Sie zu jedem Arztbesuch Ihr Tagebuch mit.*

*Vielen Dank für Ihre Mithilfe!*

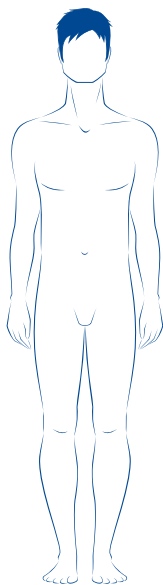
*Gute Besserung wünscht Ihnen  
betapharm Arzneimittel GmbH*

## Wo haben Sie Ihren Hauptschmerz?

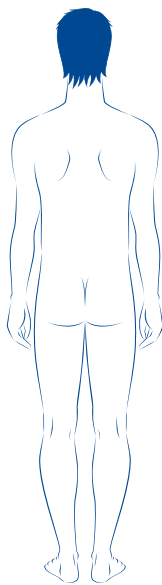
Bitte markieren Sie die jeweilige Körperregion, an der Sie Schmerzen haben.



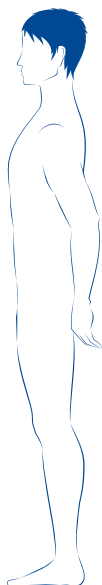
Rechte Seite



Vorderseite




Rückseite



Linke Seite

1. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
Stärkster Schmerz	10	10	10
 Schmerzstärke	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	Kein Schmerz	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

2. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p>  <p>Kein Schmerz</p>	10	10	10
	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	0	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

3. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
Stärkster Schmerz	10	10	10
 ↑ Schmerzstärke ↓ 	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	Kein Schmerz	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit



Stimmung





Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_



4. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p>  <p>Kein Schmerz</p>	10	10	10
	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	0	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

5. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
Stärkster Schmerz	10	10	10
 ↑ Schmerzstärke ↓ 	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	Kein Schmerz	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

6. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p style="text-align: center;">↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p style="text-align: center;">↓</p>  <p>Kein Schmerz</p>	10	10	10
	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	0	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

7. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
Stärkster Schmerz	10	10	10
 ↑ Schmerzstärke ↓ 	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	Kein Schmerz	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

1. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p>  <p>Kein Schmerz</p>	10	10	10
	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	0	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

2. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
Stärkster Schmerz	10	10	10
 ↑ Schmerzstärke ↓ 	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	Kein Schmerz	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

3. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p>  <p>Kein Schmerz</p>	10	10	10
	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	0	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

4. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
Stärkster Schmerz	10	10	10
 ↑ Schmerzstärke ↓ 	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	Kein Schmerz	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit



Stimmung





Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_



5. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p>  <p>Kein Schmerz</p>	10	10	10
	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	0	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

6. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
Stärkster Schmerz	10	10	10
 ↑ Schmerzstärke ↓ 	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	Kein Schmerz	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

7. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p>  <p>Kein Schmerz</p>	10	10	10
	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	0	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

1. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
Stärkster Schmerz	10	10	10
 ↑ Schmerzstärke ↓ 	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	Kein Schmerz	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

2. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p>  <p>Kein Schmerz</p>	10	10	10
	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	0	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

3. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
Stärkster Schmerz	10	10	10
 ↑ Schmerzstärke ↓ 	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	Kein Schmerz	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

4. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p>  <p>Kein Schmerz</p>	10	10	10
	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	0	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit




Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

5. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
Stärkster Schmerz	10	10	10
 Schmerzstärke	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	Kein Schmerz	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit



Stimmung





Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_



6. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p>  <p>Kein Schmerz</p>	10	10	10
	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	0	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

7. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
Stärkster Schmerz	10	10	10
 ↑ Schmerzstärke ↓ 	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	Kein Schmerz	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

1. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p>  <p>Kein Schmerz</p>	10	10	10
	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	0	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

2. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
Stärkster Schmerz	10	10	10
 ↑ Schmerzstärke ↓ 	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	Kein Schmerz	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

3. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p>  <p>Kein Schmerz</p>	10	10	10
	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	0	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

4. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
Stärkster Schmerz	10	10	10
 ↑ Schmerzstärke ↓ 	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	Kein Schmerz	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

5. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p>  <p>Kein Schmerz</p>	10	10	10
	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	0	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit





Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_

6. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
Stärkster Schmerz	10	10	10
 ↑ Schmerzstärke ↓ 	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	Kein Schmerz	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit



Stimmung





Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_



7. Tag Wochentag \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Zeit	morgens	mittags	abends
<p>Stärkster Schmerz</p>  <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p>  <p>Kein Schmerz</p>	10	10	10
	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
	0	0	0

Stuhlgang



Schlaf



Übelkeit



Stimmung



Bemerkungen \_\_\_\_\_

Zusätzliche/geänderte  
Medikation \_\_\_\_\_



## Sie haben noch Fragen?

### Antworten finden Sie in unserem betaCare-Ratgeber „Schmerz & Soziales“

Dieser Ratgeber informiert Sie ausführlich zu sozialrechtlichen und psychosozialen Themen.

#### Aus dem Inhalt:

- Arbeitsunfähigkeit und finanzielle Leistungen
- Rehabilitation
- Grad der Behinderung bei chronischen Schmerzen
- Autofahren unter Schmerzmitteln
- Reisen und Urlaub etc.

Den Ratgeber erhalten Sie von Ihrem Arzt oder im Internet unter [www.betaCare.de](http://www.betaCare.de) zum kostenlosen Download.



**betapharm** Arzneimittel GmbH  
Kobelweg 95  
86156 Augsburg  
[www.betapharm.de](http://www.betapharm.de)