Patienten-
Tagebuch

Schmerzen sind in ihrem Erscheinungsbild so vielfältig wie ihre Ursachen. Daher fordert auch ihre Therapie ein individuell auf den Patienten abgestimmtes Vorgehen.

Grünenthal bietet Ihnen als Schmerzpatient/-in mit der Servicemarke CHANGE PAIN Informationen rund um das Thema Schmerz an:

www.change-pain.de

Patientendaten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

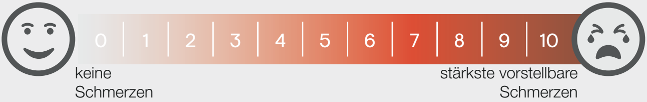
Behandelnder Arzt

Stempel

Notruf

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieses Tagebuch wurde Ihnen überreicht, um Ihnen und Ihrem Arzt die Schmerztherapie zu erleichtern. Dafür ist es wichtig, dass Sie es sorgfältig ausfüllen. Die folgende Skala soll Ihnen helfen, die Stärke Ihrer Schmerzen zu erfassen.



Bitte halten Sie entsprechend dem Muster auf Seite 6 zunächst fest, wo Ihre Schmerzen lokalisiert sind.
Tragen Sie bitte für jeden Wochentag morgens, mittags und abends die Schmerzstärke durch ankreuzen der entsprechenden Felder ein (1 - 10 entsprechend der hier abgebildeten Schmerzskala). Bitte kreuzen Sie täglich an, ob Ihr Stuhlgang zufriedenstellend war, ob Sie gut geschlafen haben, ob Ihre Stimmung positiv war und ob Ihnen übel war. Außerdem sollten Sie eine eventuell notwendige Zusatzmedikation täglich notieren.

Anhand dieser Angaben kann der Arzt Ihr Schmerzmedikament (Tabletten, Tropfen, Pflaster) genau so dosieren, wie es für Sie notwendig ist. Deshalb ist es wichtig, das Tagebuch zu jedem Arztbesuch mitzubringen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Ihre Schmerzmedikamente

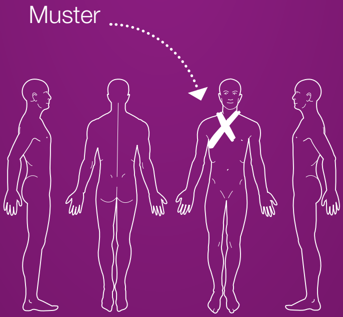
Datum	Medikament	Dosis

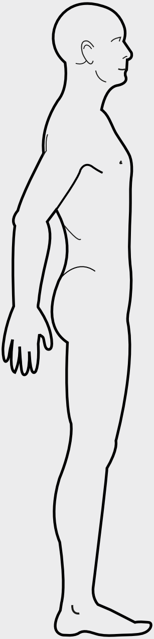
Therapieziele: Was soll durch die Schmerztherapie verbessert werden?

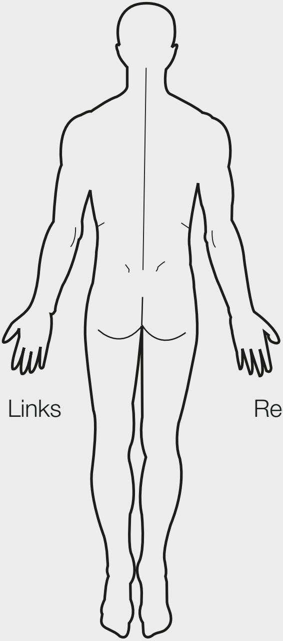
Veränderungen in der Medikation trägt Ihr behandelnder Arzt ein.

Wo haben Sie Ihren Hauptschmerz?

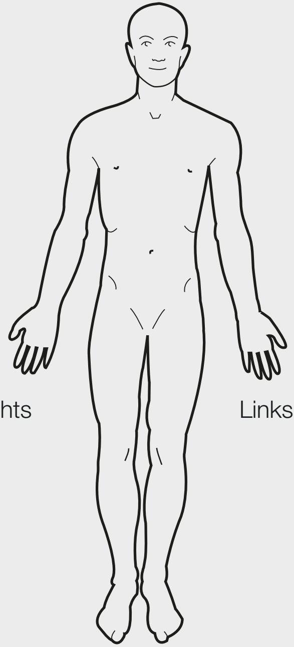
Bitte zeichnen Sie im nebenstehenden Körperschema ein, an welchen Stellen Ihre Schmerzen auftreten.



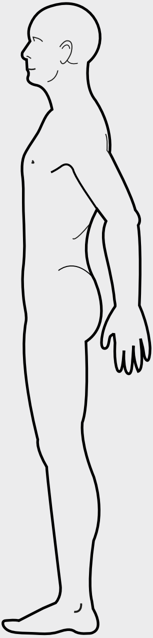

Rechte Seite


Links
Rechts

Rückseite



Vorderseite



Linke Seite

Therapieprotokoll Schmerz

Tag	**Montag**			**Dienstag**			**Mittwoch**		
Datum									
Zeit	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00
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
Stuhl	☺	😐	☹	☺	😐	☹	☺	😐	☹
Schlaf	☺	😐	☹	☺	😐	☹	☺	😐	☹
Stimmung	☺	😐	☹	☺	😐	☹	☺	😐	☹
Übelkeit	☺	😐	☹	☺	😐	☹	☺	😐	☹
Zusatzmedikation	Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was

Name

Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00
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
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Wann	Was		Wann	Was		Wann	Was		Wann	Was	

Therapieprotokoll Schmerz

Tag	**Montag**			**Dienstag**			**Mittwoch**		
Datum									
Zeit	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00
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
Stuhl	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Schlaf	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Stimmung	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Übelkeit	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Zusatzmedikation	Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was

Name

Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00
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
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was

Therapieprotokoll Schmerz

Tag	**Montag**			**Dienstag**			**Mittwoch**		
Datum									
Zeit	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00
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
Stuhl	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Schlaf	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Stimmung	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Übelkeit	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Zusatzmedikation	Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was

Name

Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00
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
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was

Therapieprotokoll Schmerz

Tag	**Montag**			**Dienstag**			**Mittwoch**		
Datum									
Zeit	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00
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
Stuhl	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫
Schlaf	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫
Stimmung	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫
Übelkeit	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫
Zusatzmedikation	Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was

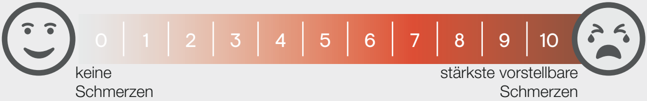
Name

Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00
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
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was

Tagesablauf

Am Abend vor dem Arztbesuch auszufüllen!

1. Schätzen Sie die Stärke Ihres Schmerzes auf der folgenden Skala ein


0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
keine Schmerzen
stärkste vorstellbare Schmerzen

2. Haben Sie die letzte Nacht ausreichend geschlafen?

○ ausreichend ○ nicht ausreichend

3. Haben Sie heute über den ganzen Tag Schmerzen?

○ nein ○ ja

4. Haben Ihre Schmerzen heute Ihre Aktivitäten und Bedürfnisse eingeschränkt?

○ nein ○ ein bisschen ○ deutlich
○ stark ○ fast vollständig

5. Wurde Ihre Stimmung durch die Schmerzen beeinträchtigt?

○ nein ○ ein bisschen ○ deutlich
○ stark ○ sehr stark

6. War es Ihnen heute möglich, die Schmerzen zu lindern?

○ nein ○ ein bisschen ○ deutlich
○ stark ○ fast vollständig

7. Zusätzliche Beschwerden?

○ Müdigkeit
○ Appetitlosigkeit
○ Magenbeschwerden
○ Schwindel
○ Verstopfung
○ Übelkeit
○ Lustlosigkeit
○ Schlafstörungen
○ Kopfschmerzen
○ Andere

8. Haben Sie zusätzliche Schmerzmedikamente benötigt?

○ nein ○ ja mal

9. Gibt es andere Ereignisse, die heute mit Ihren Schmerzen im Zusammenhang stehen?

Therapieprotokoll Schmerz

Tag	**Montag**			**Dienstag**			**Mittwoch**		
Datum									
Zeit	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00
Stärkster Schmerz 😫 ▲ **Schmerzstärke** ▼ 🙂 Schmerzfrei	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
	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
	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stuhl	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫
Schlaf	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫
Stimmung	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫
Übelkeit	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫
Zusatzmedikation	Wann	Was		Wann	Was		Wann	Was	

Name

Donnerstag			**Freitag**			**Samstag**			**Sonntag**		
07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00
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
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was

Therapieprotokoll Schmerz

Tag	**Montag**			**Dienstag**			**Mittwoch**		
Datum									
Zeit	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00
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
Stuhl	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Schlaf	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Stimmung	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Übelkeit	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Zusatzmedikation	Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was

Name

Donnerstag			**Freitag**			**Samstag**			**Sonntag**		
07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00
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
☺	😑	😫	☺	😑	😫	☺	😑	😫	☺	😑	😫
☺	😑	😫	☺	😑	😫	☺	😑	😫	☺	😑	😫
☺	😑	😫	☺	😑	😫	☺	😑	😫	☺	😑	😫
☺	😑	😫	☺	😑	😫	☺	😑	😫	☺	😑	😫
Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was

Therapieprotokoll Schmerz

Tag	**Montag**			**Dienstag**			**Mittwoch**		
Datum									
Zeit	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00
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
Schmerzfrei	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stuhl	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫
Schlaf	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫
Stimmung	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫
Übelkeit	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫
Zusatzmedikation	Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was

Name

Donnerstag			**Freitag**			**Samstag**			**Sonntag**		
07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00
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
☺	😑	😫	☺	😑	😫	☺	😑	😫	☺	😑	😫
☺	😑	😫	☺	😑	😫	☺	😑	😫	☺	😑	😫
☺	😑	😫	☺	😑	😫	☺	😑	😫	☺	😑	😫
☺	😑	😫	☺	😑	😫	☺	😑	😫	☺	😑	😫
Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was

Therapieprotokoll Schmerz

Tag	**Montag**			**Dienstag**			**Mittwoch**		
Datum									
Zeit	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00
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
Stuhl	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫
Schlaf	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫
Stimmung	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫
Übelkeit	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫	🙂	😐	😫
Zusatzmedikation	Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was

Name

Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00	07:00	12:00	19:00
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
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫	🙂	😑	😫
Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was	Wann		Was

Notizen

Bitte folgen Sie den Therapieempfehlungen Ihres Arztes und ändern Sie nicht eigenmächtig die Schmerztherapie.

Die gleichzeitige Anwendung von bestimmten Arzneimitteln kann zu einer Verstärkung von Nebenwirkungen führen. Zu diesen Arzneimitteln gehören bestimmte Schlaf und Beruhigungsmittel, Narkosemittel, Antidepressiva, Neuroleptika und Antikonvulsiva.

Nehmen Sie keine anderen Medikamente, ohne dies vorher mit dem Arzt zu besprechen. Setzen Sie die verordneten Medikamente gegen Ihre Schmerzen nicht ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt ab.

PAIN TRACER
IHR PERSÖNLICHES SCHMERZTAGEBUCH
GRÜNENTHAL

Die App
im **AppStore** und
auf **Google play**

Pain Tracer – Das Schmerztagebuch

Das Schmerztagebuch ermöglicht Ihnen eine einfache und präzise Dokumentation Ihrer Schmerzen und der damit verbundenen Lebensqualität. Halten Sie täglich die Schmerzstärke fest und dokumentieren Sie, welche Medikamente Sie einnehmen. Bei Bedarf können Sie Ihre Werte ausdrucken oder sie als E-Mail an Ihren Arzt weiterleiten.

» Weitere Informationen und nützliche Materialien rund um die Themen Schmerz und Schmerztherapie finden Sie im Internet unter **www.change-pain.de.**

M-N/A-DE-01-20-0009 – 66120719
Grünenthal GmbH | 52099 Aachen | www.change-pain.de