

Schmerztagebuch von _____

Datum	Schmerzen (Skala von 1-10)	Uhrzeit (von bis)	Zusätzliche Beschwerden	In der Schule gefehlt?	Tätigkeit unterbrochen (Spielen, Hausaufgabe)?	Medikament genommen?
				ja nein		
				Ja nein		
				Ja nein		
				Ja nein		
				Ja nein		
				Ja nein		
				Ja nein		
				Ja nein		
				Ja nein		
				Ja nein		

Legende:

Schmerzen:

bitte Stärke der Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 angeben (1 = sehr leichte Schmerzen, 10 = stärkste vorstellbare Schmerzen), ggf. auch den *genauen* Ort notieren

Zusätzliche Beschwerden:

z.B. bei Kopfschmerzen: L = Lichtscheu, E = Erbrechen, Ü = Übelkeit, S= Schwindel, M = müde, A = Augenschmerzen

Tätigkeit unterbrochen:

Musste mit einer Tätigkeit aufgehört werden, weil die Schmerzen so stark waren: Hausaufgaben, Spielen, Sport, Fernsehen usw. - bitte notieren

Medikament:

Bitte notieren, welches Medikament eingenommen wurde