

MEIN SCHMERZ- TAGEBUCH

Name:

Ausgabedatum:

Grünenthal GmbH · 2345 Brunn am Gebirge

Österreich · www.grunenthal.at

M-N/A-AT-12-20-0020

 **CHANGE PAIN[®]**
Taking care of pain



Wie wichtig es ist, ein Schmerztagebuch zu führen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Schmerzen können viele Ursachen haben, und jeder nimmt Schmerzen anders wahr. Daher ist es sehr wichtig, dass Ihr Behandlungsplan individuell auf Sie zugeschnitten ist und wie es Ihnen damit geht.

Der erste Schritt der Schmerztherapie ist, Ihr Medikament genau wie vom Arzt verordnet einzunehmen. Um sicherzugehen, dass es die richtige Therapie für Sie ist, die bestmöglich gegen Ihren Schmerzzustand wirkt, ist es genauso wichtig, dass Sie dokumentieren, wie gut die Therapie wirkt.

Deshalb haben Sie dieses Schmerztagebuch erhalten. Es macht es Ihnen leichter, jeden Tag aufzuschreiben, wie es Ihnen geht, ob Sie Ihre Schmerzen gut im Griff haben, wie stark Ihre Schmerzen sind und welche Nebenwirkungen auftreten. Versuchen Sie, dieses Tagebuch mehrmals täglich auszufüllen, damit Ihr Arzt sehen kann, wie gut Ihr Schmerzmedikament wirkt, und damit entsprechende Anpassungen vorgenommen werden können, wenn etwas nicht so gut wirkt.

Bitte bringen Sie dieses Tagebuch zu Ihrem nächsten Arztbesuch mit. Ihr Arzt wird es mit Ihnen durchgehen und die nächsten Schritte mit Ihnen besprechen.

Wir wünschen Ihnen alles Gute für Ihre Behandlung!

Weitere Informationen und nützliche Materialien finden Sie im Internet unter www.change-pain.at.

Ihr CHANGE PAIN® Team

Grünenthal GmbH · 2345 Brunn am Gebirge

Österreich · www.grunenthal.at

M-N/A-AT-12-20-0020

 **CHANGE PAIN®**
Taking care of pain



Ihre aktuellen Behandlungen

Behandlung*	Verschreibungsdatum	Normal	Änderungen	Tagesdosis	Nebenwirkungen

* Zum Beispiel Schmerzmedikamente, Begleitmedikamente zur Beherrschung von Nebenwirkungen, Physio- oder Ergotherapie, körperliche Betätigung.

Grünenthal GmbH · 2345 Brunn am Gebirge

Österreich · www.grunenthal.at

M-N/A-AT-12-20-0020





Therapieziele


























Datum des Arztbesuchs _____

	Kein Schmerz 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Stärkste vorstellbare Schmerzen 10
Aktuelle Schmerzstärke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erträgliche Schmerzstärke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Gar nicht	Ein wenig	Sehr
Was muss sich bessern? Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>







Wie geht es mir heute?

Woche _____ 	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
Medikation eingenommen um	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00
Tragen Sie bitte zu jeder Tageszeit Ihre Schmerzstärke auf einer Skala von 0–10 ein, wobei 0 keine Schmerzen und 10 die stärksten vorstellbaren Schmerzen bedeutet	8:00			8:00			8:00			8:00			8:00			8:00			8:00		
	12:00			12:00			12:00			12:00			12:00			12:00			12:00		
	18:00			18:00			18:00			18:00			18:00			18:00			18:00		
Nebenwirkungen/Beeinträchtigungen	  			  			  			  			  			  			  		
_____ 																					
_____ 																					
_____ 																					
Schlaf																					
Mobilität																					
Stimmung																					



Wie geht es mir heute?

Woche _____ 	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
Medikation eingenommen um	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00
Tragen Sie bitte zu jeder Tageszeit Ihre Schmerzstärke auf einer Skala von 0–10 ein, wobei 0 keine Schmerzen und 10 die stärksten vorstellbaren Schmerzen bedeutet	8:00			8:00			8:00			8:00			8:00			8:00			8:00		
	12:00			12:00			12:00			12:00			12:00			12:00			12:00		
	18:00			18:00			18:00			18:00			18:00			18:00			18:00		
Nebenwirkungen/Beeinträchtigungen																					
_____ 																					
_____ 																					
_____ 																					
Schlaf																					
Mobilität																					
Stimmung																					







Wie geht es mir heute?

Woche _____	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
Medikation eingenommen um	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00
Tragen Sie bitte zu jeder Tageszeit Ihre Schmerzstärke auf einer Skala von 0–10 ein, wobei 0 keine Schmerzen und 10 die stärksten vorstellbaren Schmerzen bedeutet	8:00			8:00			8:00			8:00			8:00			8:00			8:00		
	12:00			12:00			12:00			12:00			12:00			12:00			12:00		
	18:00			18:00			18:00			18:00			18:00			18:00			18:00		
Nebenwirkungen/Beeinträchtigungen																					

Schlaf																					
Mobilität																					
Stimmung																					



Wie geht es mir heute?

Woche _____ 	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
Medikation eingenommen um	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00	8:00	12:00	18:00
Tragen Sie bitte zu jeder Tageszeit Ihre Schmerzstärke auf einer Skala von 0–10 ein, wobei 0 keine Schmerzen und 10 die stärksten vorstellbaren Schmerzen bedeutet	8:00			8:00			8:00			8:00			8:00			8:00			8:00		
	12:00			12:00			12:00			12:00			12:00			12:00			12:00		
	18:00			18:00			18:00			18:00			18:00			18:00			18:00		
Nebenwirkungen/Beeinträchtigungen																					
_____ 																					
_____ 																					
_____ 																					
Schlaf																					
Mobilität																					
Stimmung																					