

Schmerztagebuch

Datum/ Wochentag:	Uhrzeit: (von-bis)	Schmerzstärke: * 1-2-3-4-5 <small>*1= leicht, 5 = sehr stark</small>	Weitere Symptome/ Gefühle:	Ereignisse/Situation:	Therapien: (Medikamente etc.)	Was hat geholfen?