

SCHMERZTAGEBUCH

IHR BEGLEITER GEGEN DEN SCHMERZ



SCHMERZ MESSEN IST DER ERSTE SCHRITT IN DER SCHMERZTHERAPIE

Liebe Patientin, lieber Patient!

Dieses Schmerztagebuch soll Ihnen und Ihrem Arzt ermöglichen, den **Verlauf und Erfolg** Ihrer Schmerzbehandlung zu beurteilen. Sie können darin schnell und einfach für die Behandlung wichtige Informationen notieren. Dies sind z.B. Ihr Medikamentenbedarf, der Zeitpunkt der Medikamenteneinnahme, die Schmerzstärke, Aussagen über Stuhlgang, Schlaf, allgemeines Wohlbefinden und Aktivität. Bitte bringen Sie das ausgefüllte Schmerztagebuch immer in die Sprechstunde mit und legen Sie es Ihrem Arzt vor. Wir wünschen Ihnen **eine erfolgreiche Schmerztherapie** und gute Besserung.

Ihr Mundipharma-Team

IHR PERSÖNLICHER WEG ZUR EFFEKTIVEN SCHMERZLINDERUNG

Den Schmerz reduzieren. Mitten im Leben stehen.

Ziel der modernen Schmerztherapie ist es, den Schmerz so weit zu lindern, dass Sie als Patient **wieder aktiv werden** und ein möglichst normales Leben führen können – im Beruf, im Alltag und in Ihrer Freizeit.

Eine wirklich gute Schmerztherapie soll den Schmerz für Sie erträglich machen und dabei gleichzeitig mehr Lebensqualität bieten. Denn wenn Sie sich besser fühlen, können Sie mit zusätzlichen Behandlungsmaßnahmen wie Bewegungs-, Entspannungs- oder Gesprächstherapie dazu beitragen, Ihre schmerzverursachende Grunderkrankung besser in den Griff zu bekommen. Schmerzen sind nicht immer gleich. Es hilft Ihrem Arzt für Ihre Behandlung, wenn Sie die Stärke Ihrer Schmerzen in dieses **Tagebuch** eintragen (z.B. regelmäßig 3x am Tag).

Damit Sie die Stärke Ihrer Schmerzen genau bestimmen können, hat Ihnen Ihr Arzt eine Schmerzskala mitgegeben. Weiter unten auf dieser Seite können Sie noch einmal genau sehen, wie die Schmerzskala angewendet wird.

→ THERAPIEHINWEIS

Bitte folgen Sie im Laufe Ihrer Schmerztherapie genau den Empfehlungen Ihres behandelnden Arztes. Verändern Sie keinesfalls eigenmächtig die Dosierung und wechseln Sie nicht ohne Rücksprache das Medikament. Brechen Sie bei eventuell auftretenden Nebenwirkungen Ihre Schmerztherapie **nicht ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt** ab. Nehmen Sie auch keine anderen Medikamente ein, ohne dies vorher mit Ihrem Arzt abzustimmen.

DIE SCHMERZSKALA SO WIRD'S GEMACHT

Stellen Sie den orangefarbenen Schieber so zwischen **»Kein Schmerz«** und **»Stärkster Schmerz«** ein, wie es Ihrem derzeitigen Schmerz entspricht. Drehen Sie die Skala um, lesen Sie den Schmerzwert ab und kreuzen Sie die entsprechende Ziffer in Ihrem Schmerztagebuch an.



DAS INDIVIDUELLE BEHANDLUNGSZIEL (IBZ)

→ BESTIMMEN SIE IHR PERSÖNLICHES BEHANDLUNGSZIEL

Schmerz ist nicht gleich Schmerz – er wird von jedem Patienten unterschiedlich empfunden. Je individueller eine Schmerztherapie auf den einzelnen Patienten eingeht, umso zielgerichteter und erfolgreicher kann sie sein. Der Ansatz des **individuellen Behandlungsziels (IBZ)** ist es daher, Sie als Patienten in den Mittelpunkt der Therapie zu rücken. Gemeinsam mit Ihrem

Arzt bestimmen Sie Ihr individuelles Behandlungsziel und legen anhand der Schmerzskala fest, ab welchem Schmerzwert der Schmerz für Sie erträglich ist.

Mit einem so definierten Richtwert, an dem sich Ihre Therapie orientiert, werden **Therapie-Erfolge** für Sie und Ihren Arzt messbarer.

IHRE DATEN

NAME

VORNAME

STRASSE

PLZ, ORT

TEL-NR.

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN



WICHTIGE DATEN BITTE VOM ARZT EINTRAGEN LASSEN

→ SCHMERZMEDIKAMENTE

Präparat	Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

→ SONSTIGE MEDIKAMENTE

Präparat	Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

→ BEMERKUNGEN

BEISPIEL → SCHMERZTAGEBUCH

Präparat: Bitte eintragen, welche Medikamente Sie derzeit einnehmen. Geben Sie bitte den/die Namen des/der Medikaments/Medikamente an.

Dosierung: Bitte eintragen, wie oft und in welcher Menge Sie die jeweiligen Medikamente einnehmen. Bitte auch die entsprechende Form angeben: z. B. 1 Tablette, 2 Esslöffel, 20 Tropfen, 1 Beutel usw.

1. Woche

Datum	1. Tag 28. 8. 06			
Uhrzeit	morgens 8 ⁰⁰	mittags 12 ³⁰	abends 20 ⁰⁰	nachts
Medikamenteneinnahme				
Präparat	Dosierung			
Schmerzmittel	2x1 Tablette			
Medikament gegen Übelkeit	20 Tropfen			
Herzmittel	3x20 Tropfen			
Anz.	1	1	1	
Anz.	2	2	2	
Anz.	20	20	20	
IBZ (Schmerzstärke)	10	10	10	10
	9	9	9	9
	8	8	8	8
	8	8	8	8
	7	7	7	7
	6	6	6	6
	5	5	5	5
	4	4	4	4
	3	3	3	3
	2	2	2	2
	1	1	1	1
	0	0	0	0
Sonstiges Befinden an diesem Tag	Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden	
	<input checked="" type="checkbox"/> ☹️	<input checked="" type="checkbox"/> ☹️	<input checked="" type="checkbox"/> ☹️	
Beeinträchtigung der Tagesaktivität durch Schmerzen	keine	mäßig	stark	
	<input checked="" type="checkbox"/> ☺️	<input checked="" type="checkbox"/> ☹️	<input checked="" type="checkbox"/> ☹️	
Bemerkungen	kann wieder schlafen			

Anzahl: Bitte die Menge eintragen, die Sie von den Medikamenten zum jeweiligen Zeitpunkt eingenommen haben.

Schmerzstärke: Bitte hier Ihren aktuellen Schmerzwert von der Schmerzskala übernehmen und ankreuzen.

IBZ: Bitte hier Ihr individuelles Behandlungsziel (IBZ) eintragen, das Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt bestimmt haben. Mit Hilfe der Schmerzskala können Sie angeben, ab welchem Wert der Schmerz für Sie erträglich ist.

Bemerkungen: Bitte eintragen, was Ihnen im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen sonst noch wichtig erscheint.

WOCHENPLAN → SCHMERZTAGEBUCH

Sie benötigen ein Blatt pro Woche. Bitte diese Seite so oft drucken/kopieren wie nötig.

Datum	1. TAG				2. TAG				3. TAG			
Uhrzeit	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts
Medikamenteneinnahme Präparat Dosierung												
<input type="text"/>	Anz.											
<input type="text"/>	Anz.											
<input type="text"/>	Anz.											
IBZ (Schmerzstärke)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
<input type="text"/>	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
Sonstiges Befinden an diesem Tag	Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden		Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden		Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden	
Beeinträchtigung der Tagesaktivität durch Schmerzen	keine	mäßig	stark		keine	mäßig	stark		keine	mäßig	stark	
Bemerkungen												



4. TAG					5. TAG					6. TAG					7. TAG									
morgens	mittags	abends	nachts		morgens	mittags	abends	nachts		morgens	mittags	abends	nachts		morgens	mittags	abends	nachts						
Anz.																								
Anz.																								
Anz.																								
10	10	10	10		10	10	10	10		10	10	10	10		10	10	10	10		10	10	10	10	
9	9	9	9		9	9	9	9		9	9	9	9		9	9	9	9		9	9	9	9	
8	8	8	8		8	8	8	8		8	8	8	8		8	8	8	8		8	8	8	8	
7	7	7	7		7	7	7	7		7	7	7	7		7	7	7	7		7	7	7	7	
6	6	6	6		6	6	6	6		6	6	6	6		6	6	6	6		6	6	6	6	
5	5	5	5		5	5	5	5		5	5	5	5		5	5	5	5		5	5	5	5	
4	4	4	4		4	4	4	4		4	4	4	4		4	4	4	4		4	4	4	4	
3	3	3	3		3	3	3	3		3	3	3	3		3	3	3	3		3	3	3	3	
2	2	2	2		2	2	2	2		2	2	2	2		2	2	2	2		2	2	2	2	
1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	
0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0	
Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden			Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden			Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden			Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden							
keine	mäßig	stark			keine	mäßig	stark			keine	mäßig	stark			keine	mäßig	stark							