



Beobachtungsbogen (3)

Patient/in

Datum

Patientennummer

Geburtsdatum

Praxis-Stempel

Beschwerde-Tagebuch

Bitte tragen Sie **mindestens zwei Wochen** lang ein, wie stark Ihre Beschwerden oder Schmerzen waren – tagsüber alle zwei Stunden und einmal für die Nacht. Beginnen Sie links mit dem aktuellen Wochentag, markieren die Stärke der Beschwerden mit Kreuz (X):

- ▶ 4 - **sehr starke Schmerzen**
- ▶ 3 - **starke Schmerzen**
- ▶ 2 - **mäßige Schmerzen** (an die Sie ständig erinnert werden)
- ▶ 1 - **leichte Beschwerden** (nur in Ruhezeiten bewusst)
- ▶ 0 - **keine Beschwerden.**

Uhrzeit: 8 10 12 14 16 18 20 22 24-6h

Datum:

Mo	<input type="text"/>
----	----------------------

Mo

Di	<input type="text"/>
----	----------------------

Di

Mi	<input type="text"/>
----	----------------------

Mi

Do	<input type="text"/>
----	----------------------

Do

Fr	<input type="text"/>
----	----------------------

Fr

Sa	<input type="text"/>
----	----------------------

Sa

So	<input type="text"/>
----	----------------------

So

Uhrzeit: 8 10 12 14 16 18 20 22 24-6h

Uhrzeit: 8 10 12 14 16 18 20 22 24-6h

Datum:

Mo	<input type="text"/>
----	----------------------

Mo

Di	<input type="text"/>
----	----------------------

Di

Mi	<input type="text"/>
----	----------------------

Mi

Do	<input type="text"/>
----	----------------------

Do

Fr	<input type="text"/>
----	----------------------

Fr

Sa	<input type="text"/>
----	----------------------

Sa

So	<input type="text"/>
----	----------------------

So

Uhrzeit: 8 10 12 14 16 18 20 22 24-6h

Uhrzeit: 8 10 12 14 16 18 20 22 24-6h

Datum:

Mo	<input type="text"/>
----	----------------------

Mo

Di	<input type="text"/>
----	----------------------

Di

Mi	<input type="text"/>
----	----------------------

Mi

Do	<input type="text"/>
----	----------------------

Do

Fr	<input type="text"/>
----	----------------------

Fr

Sa	<input type="text"/>
----	----------------------

Sa

So	<input type="text"/>
----	----------------------

So

Uhrzeit: 8 10 12 14 16 18 20 22 24-6h