

**PATIENTENTAGEBUCH  
FÜR EINE ERFOLGREICHE  
SCHMERZTHERAPIE BEI HÄMOPHILIE**

**KINDER + ERWACHSENE**



# VORWORT

*Liebe Patientin, lieber Patient!*

Menschen mit Hämophilie leiden oft schon ab dem frühen Kindesalter unter Schmerzen. Heute lassen sich sowohl akute als auch chronische Schmerzen effektiv lindern. Die moderne Schmerzmedizin hat eine ganze Reihe von therapeutischen Optionen parat, die keinen negativen Einfluss auf die Blutungsneigung haben und deren Nebenwirkungen kontrollierbar sind.

Die regelmäßige Einnahme Ihrer Medikamente ist ein wesentlicher Schlüssel zum Therapieerfolg. Darüber hinaus kann es hilfreich sein, den Verlauf und Erfolg der Behandlung zu Beginn Ihrer Schmerztherapie durch das Ausfüllen eines Schmerztagebuches zu dokumentieren. Diese Information ist für Ihre/n betreuende/n Arzt/Ärztin von großer Wichtigkeit.

*Wir wünschen Ihnen alles Gute!*

Dr. Waltraud Stromer

INHABER/IN DES TAGEBUCHS

Name:

---

---

Straße:

---

---

Ort:

---

Betreuende/r Arzt/Ärztin

Arztstempel

# THERAPIEPLAN

(vom Arzt/von der Ärztin auszufüllen)

|                | Datum | Nicht-Opioid-<br>Medikament        | Opioid-<br>Medikament              | weitere<br>Medikation | Co-<br>Medikation |
|----------------|-------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|-------------------|
|                |       | <i>Präparatename<br/>Dosierung</i> | <i>Präparatename<br/>Dosierung</i> |                       |                   |
| Therapiebeginn |       |                                    |                                    |                       |                   |
| 1. Kontrolle   |       |                                    |                                    |                       |                   |
| 2. Kontrolle   |       |                                    |                                    |                       |                   |
| 3. Kontrolle   |       |                                    |                                    |                       |                   |
| 4. Kontrolle   |       |                                    |                                    |                       |                   |
| 5. Kontrolle   |       |                                    |                                    |                       |                   |
| 6. Kontrolle   |       |                                    |                                    |                       |                   |

# SCHMERZMESSUNG

Es gibt unterschiedliche Methoden, Schmerz zu messen, wie zum Beispiel mit folgenden Skalen:

## KUSS – Kindliche Unbehagens- und Schmerz-Skala (bis 5 Jahre)

| Beobachtung                   | Bewertung                   | Punkte |
|-------------------------------|-----------------------------|--------|
| <b>Weinen</b>                 | gar nicht                   | 0      |
|                               | Stöhnen, Jammern, Wimmern   | 1      |
|                               | Schreien                    | 2      |
| <b>Gesichts-<br/>ausdruck</b> | entspannt, lächelnd         | 0      |
|                               | Mund verzerrt               | 1      |
|                               | Mund und Augen grimassieren | 2      |
| <b>Rumpfhaltung</b>           | neutral                     | 0      |
|                               | unstet                      | 1      |
|                               | Aufbäumen, Krümmen          | 2      |
| <b>Beinhaltung</b>            | neutral                     | 0      |
|                               | strampelnd, tretend         | 1      |
|                               | an den Körper gezogen       | 2      |
| <b>Motorische<br/>Unruhe</b>  | nicht vorhanden             | 0      |
|                               | mäßig                       | 1      |
|                               | ruhelos                     | 2      |
| <b>Addition der Punkte</b>    |                             |        |

Der Gesichtsausdruck, die Rumpf- und Beinhaltung, das Vorliegen einer motorischen Unruhe und Weinen werden über 15 s beobachtet, mit jeweils 0–2 Punkten bewertet und zu einem Gesamtwert addiert: 0 entspricht keinem Schmerz, 10 dem stärksten vorstellbaren Schmerz. Ab einem Cut-off-Wert von 4 Punkten ist eine Intervention erforderlich.

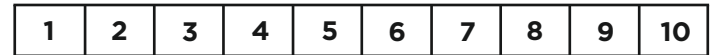


Kein Schmerz Stärkste Schmerzen

Visuelle Analog-Skala (= VAS)

Kein Schmerz    Milder Schmerz    Moderate Schmerzen    Starke Schmerzen    Sehr starke Schmerzen    Stärkste Schmerzen

Verbale Rating Skala (= VRS)



Keine Schmerzen Stärkste Schmerzen

Numerische Rating Skala (= NRS)






Faces Pain Scale

Bringen Sie dieses Tagebuch zu jedem Arztbesuch mit, Ihr Arzt/Ihre Ärztin wird mit Ihnen weitere erforderliche Schritte besprechen.

# WIE VERWENDE ICH DAS TAGEBUCH?




## 1) Eckdaten

Tragen Sie Datum und Medikament ein (siehe untenstehendes Beispiel).

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| <b>Datum</b><br>16. 07. 2018  | <b>Medikament/Dosierung</b><br>Produktname, 4 mg |  <b>Vormittags</b><br>0 5 10 |  <b>Nachmittags</b><br>0 5 10 |  <b>Nachts</b><br>0 5 10 |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |  |   |  |   |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |  |   |  |   |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |  | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>   |  |   |

## 2) Schmerzstärke

Damit Sie die Stärke Ihrer Schmerzen messen können, finden Sie auf den folgenden Seiten Schmerzskalen zum Ankreuzen. Die Skalen starten bei 0 (= kein Schmerz) und enden bei 10 (= stärkste vorstellbare Schmerzen). Bitte markieren Sie ihre individuelle Schmerzempfindung durch Ankreuzen der Kästchen unterhalb des Farbverlaufs.







|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| <b>Datum</b><br>16. 07. 2018  | <b>Medikament/Dosierung</b><br>Produktname, 4 mg |  <b>Vormittags</b><br>0 5 10 |  <b>Nachmittags</b><br>0 5 10 |  <b>Nachts</b><br>0 5 10 |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |  |   |  |   |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |  |   |  |   |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |  | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>   |  |   |

## WICHTIG:

Beurteilen Sie bitte die Stärke Ihrer Schmerzen am Vormittag, am Nachmittag und auch in der Nacht – es handelt sich um eine wichtige Information für Ihre/n betreuende/n Arzt/Ärztin. **Bitte nehmen Sie selbst keinerlei Veränderungen der Dosierung oder der Einnahmezeit Ihres Medikaments vor.**







### 3) Weitere Informationen

Neben der Schmerzstärke empfehlen wir Ihnen, auch die weiteren Informationen auszufüllen: Geben Sie bitte Ihre nächtliche Schlafdauer an und vermerken Sie Nebenwirkungen wie Stuhlgang, Übelkeit/Erbrechen, Müdigkeit/Schwindel oder sonstige Symptome, welche im Rahmen der Behandlung erstmalig auftreten, durch Ankreuzen der dafür vorgesehenen Kästchen (siehe untenstehendes Beispiel).

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
| 16. 07. 2018  | Produktname, 4 mg    |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="checkbox"/> weniger als 3 Stunden <input checked="" type="checkbox"/> 3-6 Stunden <input type="checkbox"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |

### 4) Positive Veränderungen

Geben Sie bitte an, was Sie an positiven Veränderungen während des Alltags im Rahmen der Schmerzbehandlung bemerkt haben.

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
| 16. 07. 2018  | Produktname, 4 mg    |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="checkbox"/> weniger als 3 Stunden <input checked="" type="checkbox"/> 3-6 Stunden <input type="checkbox"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b> <i>Natquint dolupstat qui arum, nimus quiae es re</i>  |   |  |

# PERSÖNLICHE ANMERKUNGEN ZU IHRER SCHMERZTHERAPIE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





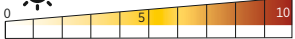
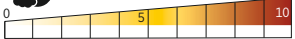
---

---




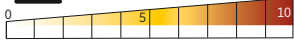
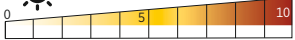
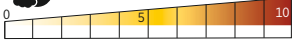
---

# SCHMERZTAGEBUCH - WOCHE 1




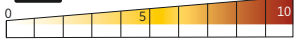
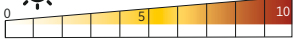
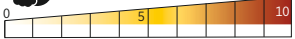
## 1. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |

## 2. TAG







| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |

## 3. TAG







| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |









#### 4. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |







#### 5. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |

#### 6. TAG





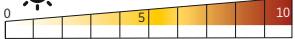
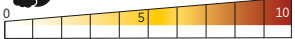
| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |

#### 7. TAG




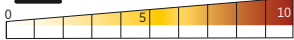
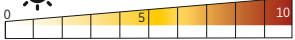
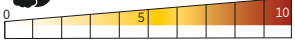
| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |

# SCHMERZTAGEBUCH - WOCHE 2




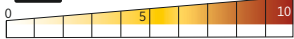
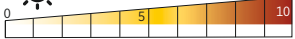
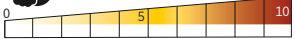
## 1. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |







## 2. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |







## 3. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |







#### 4. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |







#### 5. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |

#### 6. TAG





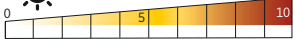
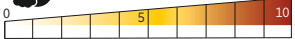
| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |

#### 7. TAG




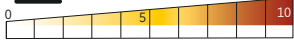
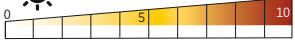
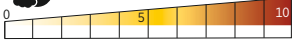
| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |

# SCHMERZTAGEBUCH - WOCHE 3




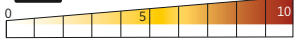
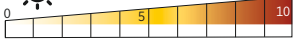
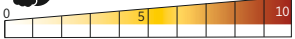
## 1. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |







## 2. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |







## 3. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |







#### 4. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |







#### 5. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |

#### 6. TAG




| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |

#### 7. TAG




| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |

# SCHMERZTAGEBUCH - WOCHE 4




## 1. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags<br>0 5 10 |  Nachmittags<br>0 5 10 |  Nachts<br>0 5 10 |
|---|----------------------|--|---|--|
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |







## 2. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags<br>0 5 10 |  Nachmittags<br>0 5 10 |  Nachts<br>0 5 10 |
|---|----------------------|--|---|--|
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |







## 3. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags<br>0 5 10 |  Nachmittags<br>0 5 10 |  Nachts<br>0 5 10 |
|---|----------------------|--|---|--|
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |







#### 4. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |







#### 5. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |

#### 6. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |

#### 7. TAG

| Datum   | Medikament/Dosierung |  Vormittags |  Nachmittags |  Nachts |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |             |             |         |
| <b>Stuhlgang:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Schlafdauer:</b> <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden <b>Übelkeit/Erbrechen:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                      |  |   |  |
| <b>Sonstige Nebenwirkungen:</b>   |                      |  |   |  |
| <b>Müdigkeit/Schwindel:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |                      | <b>Positive Veränderung/Erlebnis:</b>  |   |  |



Shire Austria GmbH  
Industriestrasse 67 | A-1221 Wien  
Telefon: +43 (0) 1 20100-0 | Fax: +43 (0) 1 20100 247 5721  
[www.shire.at](http://www.shire.at)