Name:

	Mo			Di			Mi			Do			Fr			Sa			So		
Datum																					
Zeit:	7^{00}	12^{00}	19^{00}	7^{00}	12^{00}	19^{00}	7^{00}	12^{00}	19^{00}	7^{00}	12^{00}	19^{00}	7^{00}	12^{00}	19^{00}	7^{00}	12^{00}	19^{00}	7^{00}	12^{00}	19^{00}
Stärkster Schmerz **Schmerzstärke** **Schmerzfrei**	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
Stuhl																					
Schlaf																					
Stimmung																					
Zusatz-medikation	**Wann?**	**Was?**		**Wann?**	**Was?**		**Wann?**	**Was?**		**Wann?**	**Was?**		**Wann?**	**Was?**		**Wann?**	**Was?**		**Wann?**	**Was?**	