

Patient/in Datum

Patienten-Nummer Geburtsdatum

Praxis-Stempel

Beschwerde-Tagebuch

Bitte tragen Sie mindestens zwei Wochen lang regelmäßig (tagsüber alle zwei Stunden bzw. einmal für die Nacht) ein, wie stark Ihre Beschwerden oder Schmerzen waren. Markieren Sie jeweils mit einem Kreuz (X), ob Sie ▶ **leichte** Beschwerden hatten, die Ihnen nur in Ruhezei-

ten bewußt werden, ▶ **mäßige** Beschwerden, also Schmerzen, an die Sie auch tagsüber ständig erinnert werden; oder darüber hinausgehend ▶ **starke** bzw. ▶ **sehr starke** Schmerzen. Bitte notieren Sie auch, wenn ▶ **kein Schmerz** vorhanden war.

Vertrieb: J.F. Lehmanns Med. Buchhandlung GmbH,
 im UKE-Dienstleistungszentrum, W
 Postfach 140 126, 75138 Florstrieden,
 Tel: 040-47 80 01, Fax 040-47 79 34,
 E-Mail: hh.eppendorf@jfl.de

Vertrieb: Girschbach Dental GmbH, Art. Nr. 920023
 Postfach 140 126, 75138 Florstrieden,
 Tel: 07231-957 100, Fax 07231-957 150, Internet: www.girschbach.de

Uhrzeit:	0-6	8	10	12	14	16	18	20	22
Datum:	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Mo	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Di	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Mi	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Do	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Fr	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Sa	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
So	kein Schmerz								

Uhrzeit:	0-6	8	10	12	14	16	18	20	22
Datum:	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Mo	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Di	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Mi	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Do	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Fr	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Sa	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
So	kein Schmerz								

Uhrzeit:	0-6	8	10	12	14	16	18	20	22
Datum:	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Mo	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Di	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Mi	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Do	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Fr	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
Sa	kein Schmerz								
	sehr stark								
	stark								
	mäßig								
	leicht								
So	kein Schmerz								