

Liebe Patientin, lieber Patient!

Dieses Tagebuch soll Ihnen dabei helfen, Ihre Schmerzen und die Schmerzmitteleinnahme zu überwachen. Anhand Ihrer Notizen können Sie gut sehen, wie lange Sie Schmerzen haben und wie stark Ihre Schmerzen vor und 1 Stunde nach der Selbstbehandlung waren.

Sollten Ihre Schmerzen länger als 4 Tage andauern, weitere Symptome auftreten oder trotz Behandlung mit Medikamenten an Häufigkeit, Dauer und Stärke zunehmen oder gar weitere Symptome auftreten, sollten Sie diese mit Ihrem Arzt besprechen.

Das Tagebuch dient Ihnen, Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin und Ihrem Apotheker/Ihrer Apothekerin als Unterstützung zur besseren Einschätzung Ihrer Schmerzen.

Wir wünschen Ihnen gute Besserung!

Ihre Daten

Name:

Soz. Vers. Nr.:

Sie können Schmerzen kurzfristig selbst behandeln, wenn

- es ein leichter oder mäßig starker oder ein akuter Schmerz mit klarer Ursache ist.
- Ihr Schmerz nicht länger als 4 Tage dauert.
- der Schmerz seltener als 8x im Monat auftritt und rasch auf Schmerzmittel anspricht.
- keine Begleiterscheinungen (z.B. Hauterscheinungen, Fieber, Taubheitsgefühl, Sehstörungen, Lähmungen, andere Funktionsverluste oder starke Abgeschlagenheit) auftreten.
- Sie kein Magen-Darmgeschwür oder keine Magenschleimhautentzündung haben oder bereits zweimal oder öfter hatten.

Für Schmerzformen, die darüber hinaus gehen, insbesondere wenn sie häufiger als an 8 Tagen im Monat auftreten, empfehlen wir Ihnen, Ihren Arzt aufzusuchen!

Bitte kreuzen Sie an, wie stark Ihre Schmerzen **VOR** der Einnahme und 1 Stunde **NACH** der Einnahme des Schmerzmittels sind.

Datum:		TAG 1			
Präparat:*					
Uhrzeit der Einnahme	F	M	A	N	
	vE nE	vE nE	vE nE	vE nE	
Anmerkungen:**	10				
	9				
	8				
	7				
	6				
	5				
	4				
	3				
	2				
	1				
	0				

Datum:		TAG 2			
Präparat:*					
Uhrzeit der Einnahme	F	M	A	N	
	vE nE	vE nE	vE nE	vE nE	
Anmerkungen:**	10				
	9				
	8				
	7				
	6				
	5				
	4				
	3				
	2				
	1				
	0				

Datum:		TAG 3			
Präparat:*					
Uhrzeit der Einnahme	F	M	A	N	
	vE nE	vE nE	vE nE	vE nE	
Anmerkungen:**	10				
	9				
	8				
	7				
	6				
	5				
	4				
	3				
	2				
	1				
	0				

Datum:		TAG 4			
Präparat:*					
Uhrzeit der Einnahme	F	M	A	N	
	vE nE	vE nE	vE nE	vE nE	
Anmerkungen:**	10				
	9				
	8				
	7				
	6				
	5				
	4				
	3				
	2				
	1				
	0				

TAG 5

Sollten Ihre Schmerzen nach wie vor anhalten oder sich nur um 50 % reduziert haben, suchen Sie bitte unbedingt einen Arzt auf!

Legende:

- F = Früh
- M = Mittag
- A = Abend
- N = Nacht
- vE = kurz vor Einnahme
- nE = 1 Stunde nach Einnahme
- 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz
- 0 = kein Schmerz

* Bitte beachten Sie die Einnahmeempfehlungen im Beipackzettel.

** Hier können Sie Veränderungen, besondere Wirkungen oder neue Begleiterscheinungen eintragen.