

Schmerztagebuch

Das Schmerztagebuch ermöglicht es Ihnen, Schmerzen zu messen und deren Verlauf zu dokumentieren. Somit können wir gegenüber dem gegnerischen Versicherer und den Gerichten ausreichend zur Höhe des Schmerzensgeldes vortragen.

Benutzen Sie bitte für jeden Tag ein separates Blatt.

Zur Schmerzstärke gilt folgendes:

Schmerzintensität 0

Keine Schmerzen, der Patient ist beschwerdefrei.

Schmerzintensität 1

Sehr geringe Schmerzen, die sich kaum bemerkbar machen.

Schmerzintensität 2

Die Schmerzen sind gering, aber man nimmt sie wahr.

Schmerzintensität 3

Die Schmerzen werden etwas hartnäckiger, aber sie sind gut erträglich.

Schmerzintensität 4

Mittlere Schmerzen, die sich auf das Befinden auswirken.

Schmerzintensität 5

Etwas stärkere Schmerzen, störend, aber noch immer auszuhalten.

Schmerzintensität 6

Stärkere Schmerzen, evtl. auch verbunden mit Schlafstörungen.

Schmerzintensität 7

Starke Schmerzen, die hartnäckig, stechend und für den Patienten sehr erschöpfend sein können.

Schmerzintensität 8

Sehr starke Schmerzen, Unruhe, verbunden mit dem unbändigen Wunsch nach Linderung der Schmerzen, evtl. auch Verwirrtheits- oder deliriumartigen Zustände.

Schmerzintensität 9




Immense Schmerzen, verbunden mit großer Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Ohnmacht.

Schmerzintensität 10




Unerträgliche Schmerzen, diese können mit Aggressionen, Depressionen oder auch Selbstmordgedanken verbunden sein.

Unfalltag

Schmerzstärke:

											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Morgens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




Beeinträchtigung der Tagesaktivität und Haushaltstätigkeit durch Schmerzen:

		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine	mäßig	stark




Bemerkungen:

Tag 1

Schmerzstärke:

											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Morgens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beeinträchtigung der Tagesaktivität und Haushaltstätigkeit durch Schmerzen:

		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine	mäßig	stark

Bemerkungen:

Tag

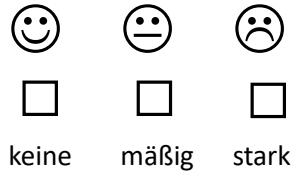
Schmerzstärke:



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Morgens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beeinträchtigung der Tagesaktivität und Haushaltstätigkeit durch Schmerzen:



keine mäßig stark

Bemerkungen: