Schmerzkalender

Welche Schmerzen hat Ihr Kind?
(z. B.: Kopf-, Zahn-, Bauchschmerzen etc.): _____

Datum vom _____ **bis** _____

Schmerzbeginn
V = vormittags M = mittags
A = abends N = nachts

Schmerzstärke

leicht mittel stark

Schmerzdauer
■ weniger als 6 Stunden
● 7–12 Stunden
▲ länger als 12 Stunden

***Schmerzauslöser**
1) Sport
2) zu wenig Schlaf
3) Erkältung
4) Schule
5) Fernsehen/Computerspielen
6) Wetterwechsel
7) Traurigkeit/Ärger
8) Klassenarbeiten/Prüfungen
9) Käse
10) Schokolade
11) Cola
12) andere: _____

				Schmerzart und -ort			
Tag	Beginn	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

Welche Medikamente wurden gegen die Schmerzen eingenommen?

1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

Begleitsymptome							Anzahl der			Wirksamkeit		
Erbrechen	Übelkeit	lärmscheu	lichtscheu	Sehstörung	Auslöser* s. Auswahl links	Medikament s. oben	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig