

PATIENTENTAGEBUCH

FÜR EINE ERFOLGREICHE SCHMERZTHERAPIE

VORWORT

Liebe Patientin, lieber Patient!

Ihr Arzt/Ihre Ärztin hat Ihnen ein Medikament zur Behandlung Ihrer Schmerzen verschrieben. Der Erfolg einer Schmerztherapie ist von vielen Faktoren abhängig. Die regelmäßige Einnahme Ihrer Medikamente ist ein wesentlicher Schlüssel zum Therapieerfolg.

Darüber hinaus kann es hilfreich sein, den Verlauf und Erfolg der Behandlung zu Beginn Ihrer Schmerztherapie durch das Ausfüllen eines Schmerztagebuches zu dokumentieren. Schmerzen ändern sich im Tagesverlauf und diese Information ist für Ihre/n betreuende/n Arzt/Ärztin von großer Wichtigkeit. Er/Sie kann so die Dosierung Ihrer Schmerzmedikamente an Ihre individuellen Bedürfnisse anpassen.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

Ihre Mundipharma Gesellschaft m.b.H.

Inhaber/in des Tagebuchs

Name: _____

Straße: _____

Ort: _____

Betreuende/r Arzt/Ärztin

Arztstempel

THERAPIEPLAN


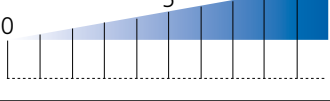

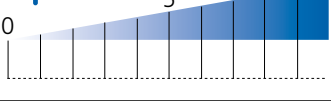

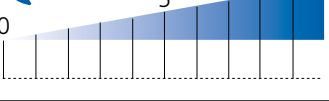
(vom Arzt/von der Ärztin auszufüllen)

			Co-Medikation	
	Datum	Opioid-Medikament	andere Schmerzmedikation	weitere Medikation
Therapiebeginn				
1. Kontrolle				
2. Kontrolle				
3. Kontrolle				

WIE VERWENDE ICH DAS TAGEBUCH?


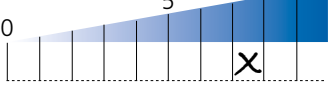

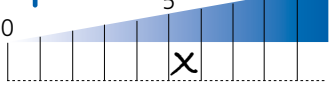

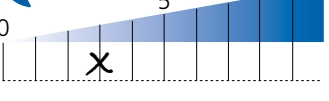
1) Eckdaten

Tragen Sie Datum und Opioid-Medikament ein (siehe untenstehendes Beispiel).

Datum 15/06/16	Medikament/ Dosierung Produktname 4 mg	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
Stuhlgang: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Schlafdauer: <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden		

2) Schmerzstärke

Damit Sie die Stärke Ihrer Schmerzen messen können, finden Sie auf den folgenden Seiten Schmerzskalen zum Ankreuzen. Die Skalen starten bei 0 (= kein Schmerz) und enden bei 10 (= stärkste vorstellbare Schmerzen). Bitte markieren Sie ihre individuelle Schmerzempfindung durch Ankreuzen der Kästchen unterhalb des Farbverlaufs.




Datum 15/06/16	Medikament/ Dosierung Produktname 4 mg	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
Stuhlgang: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Schlafdauer: <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden		

WICHTIG:

Beurteilen Sie bitte die Stärke Ihrer Schmerzen am Vormittag, am Nachmittag und auch in der Nacht – es handelt sich um eine wichtige Information für Ihre/n betreuende/n Arzt/Ärztin. **Bitte nehmen Sie selbst keinerlei Veränderungen der Dosierung oder der Einnahmezeit Ihres Medikaments vor.**

3) Weitere Informationen




Neben der Schmerzstärke empfehlen wir Ihnen, auch die weiteren Informationen auszufüllen: Geben Sie bitte Ihre nächtliche Schlafdauer an und vermerken Sie Ihren Stuhlgang durch Ankreuzen der dafür vorgesehenen Kästchen (siehe untenstehendes Beispiel).

Datum <i>15/06/16</i>	Medikament/ Dosierung <i>Produktname 4 mg</i>	 Vormittags 0 5 10 <i>X</i>	 Nachmittags 0 5 10 <i>X</i>	 Nachts 0 5 10 <i>X</i>
Stuhlgang: <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Schlafdauer: <input type="checkbox"/> weniger als 3 Stunden <input checked="" type="checkbox"/> 3-6 Stunden <input type="checkbox"/> mehr als 6 Stunden		




**Bringen Sie dieses Tagebuch zu jedem Arztbesuch mit,
Ihr Arzt/Ihre Ärztin wird mit Ihnen weitere erforderliche Schritte besprechen.**

SCHMERZTAGEBUCH – WOCHE 1




1. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10
Stuhlgang: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Schlafdauer: <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden		


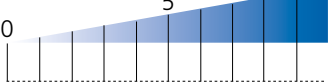

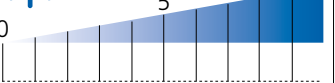

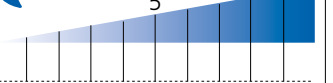
2. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10
Stuhlgang: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Schlafdauer: <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden		

3. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10
Stuhlgang: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Schlafdauer: <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden		


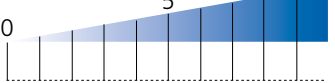

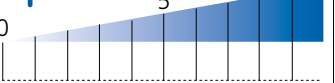

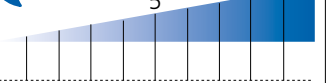
4. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
----------------	-----------------------------------	--	--	--

Stuhlgang: ja nein

Schlafdauer: weniger als 3 Stunden 3-6 Stunden mehr als 6 Stunden


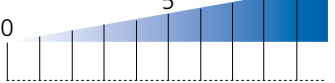

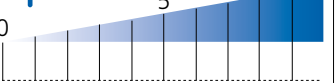

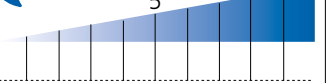
5. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
----------------	-----------------------------------	---	---	---

Stuhlgang: ja nein

Schlafdauer: weniger als 3 Stunden 3-6 Stunden mehr als 6 Stunden


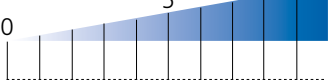

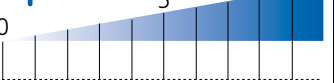

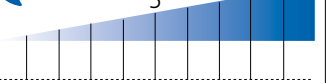
6. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
----------------	-----------------------------------	---	---	---

Stuhlgang: ja nein

Schlafdauer: weniger als 3 Stunden 3-6 Stunden mehr als 6 Stunden

7. TAG




Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
----------------	-----------------------------------	---	---	---

Stuhlgang: ja nein




Schlafdauer: weniger als 3 Stunden 3-6 Stunden mehr als 6 Stunden

SCHMERZTAGEBUCH – WOCHE 2




1. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10
Stuhlgang: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Schlafdauer: <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden		


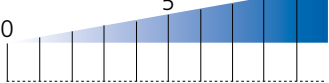

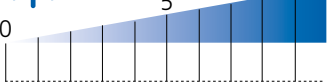

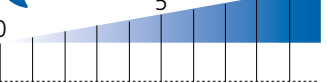
2. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10
Stuhlgang: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Schlafdauer: <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden		

3. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10
Stuhlgang: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Schlafdauer: <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden		


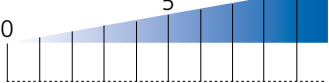

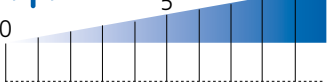

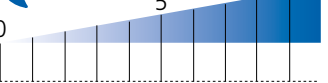
4. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
----------------	-----------------------------------	--	--	--

Stuhlgang: ja nein

Schlafdauer: weniger als 3 Stunden 3-6 Stunden mehr als 6 Stunden


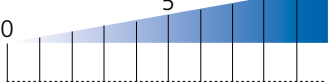

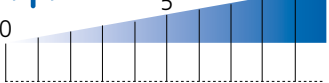

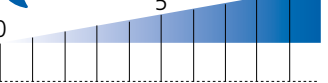
5. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
----------------	-----------------------------------	---	---	---

Stuhlgang: ja nein

Schlafdauer: weniger als 3 Stunden 3-6 Stunden mehr als 6 Stunden


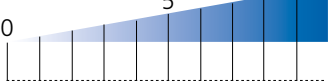

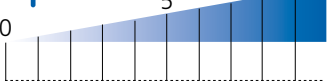

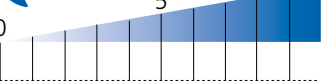
6. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
----------------	-----------------------------------	---	---	---

Stuhlgang: ja nein

Schlafdauer: weniger als 3 Stunden 3-6 Stunden mehr als 6 Stunden

7. TAG




Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
----------------	-----------------------------------	---	---	---

Stuhlgang: ja nein




Schlafdauer: weniger als 3 Stunden 3-6 Stunden mehr als 6 Stunden

SCHMERZTAGEBUCH – WOCHE 3




1. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10
Stuhlgang: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Schlafdauer: <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden		


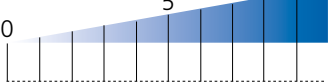

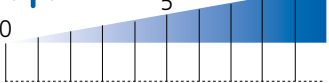

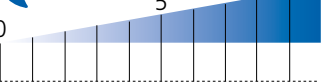
2. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10
Stuhlgang: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Schlafdauer: <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden		

3. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10
Stuhlgang: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Schlafdauer: <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden		

4. TAG


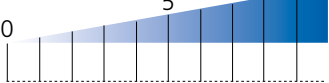

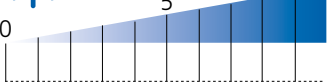

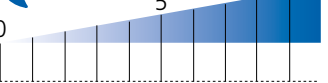
Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
----------------	-----------------------------------	--	--	--

Stuhlgang: ja nein

Schlafdauer: weniger als 3 Stunden 3-6 Stunden

mehr als 6 Stunden

5. TAG


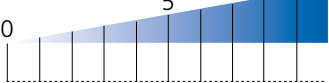

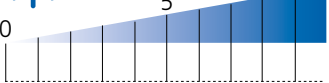

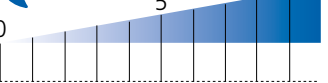
Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
----------------	-----------------------------------	---	---	---

Stuhlgang: ja nein

Schlafdauer: weniger als 3 Stunden 3-6 Stunden

mehr als 6 Stunden

6. TAG


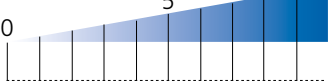

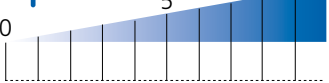

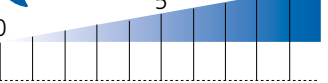
Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
----------------	-----------------------------------	---	---	---

Stuhlgang: ja nein

Schlafdauer: weniger als 3 Stunden 3-6 Stunden

mehr als 6 Stunden

7. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
----------------	-----------------------------------	---	---	---




Stuhlgang: ja nein

Schlafdauer: weniger als 3 Stunden 3-6 Stunden




mehr als 6 Stunden

SCHMERZTAGEBUCH – WOCHE 4




1. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10
Stuhlgang: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Schlafdauer: <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden		


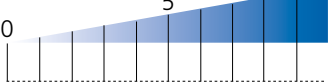

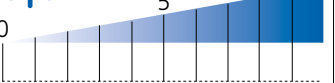

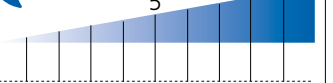
2. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10
Stuhlgang: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Schlafdauer: <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden		

3. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10
Stuhlgang: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Schlafdauer: <input type="radio"/> weniger als 3 Stunden <input type="radio"/> 3-6 Stunden <input type="radio"/> mehr als 6 Stunden		


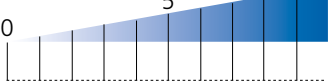

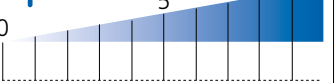

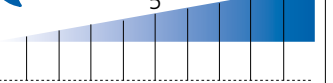
4. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
----------------	-----------------------------------	--	--	--

Stuhlgang: ja nein

Schlafdauer: weniger als 3 Stunden 3-6 Stunden mehr als 6 Stunden


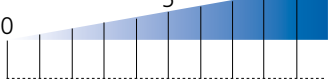

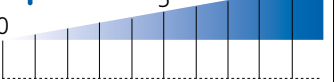

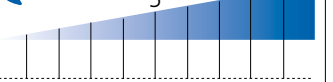
5. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
----------------	-----------------------------------	---	---	---

Stuhlgang: ja nein

Schlafdauer: weniger als 3 Stunden 3-6 Stunden mehr als 6 Stunden


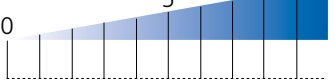

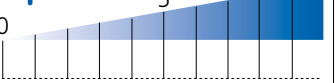

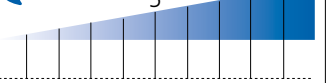
6. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
----------------	-----------------------------------	---	---	---

Stuhlgang: ja nein

Schlafdauer: weniger als 3 Stunden 3-6 Stunden mehr als 6 Stunden

7. TAG

Datum	Medikament/ Dosierung	 Vormittags 0 5 10 	 Nachmittags 0 5 10 	 Nachts 0 5 10 
----------------	-----------------------------------	---	---	---

Stuhlgang: ja nein

Schlafdauer: weniger als 3 Stunden 3-6 Stunden mehr als 6 Stunden

PERSÖNLICHE ANMERKUNGEN ZU IHRER SCHMERZTHERAPIE

JA, SCHICKEN SIE MIR BITTE

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- EIN NEUES SCHMERZTAGEBUCH
- EINE PATIENTENBROSCHÜRE

Bitte
ausreichend
frankieren

ABSENDER:

Name:

Straße:

PLZ:

Ort:

Unterschrift:



Mundipharma

Gesellschaft m.b.H.

Apollo-gasse 16-18

1070 Wien

JA, SCHICKEN SIE MIR BITTE

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- EIN NEUES SCHMERZTAGEBUCH
- EINE PATIENTENBROSCHÜRE

Bitte
ausreichend
frankieren

ABSENDER:

Name:

Straße:

PLZ:

Ort:

Unterschrift:



Mundipharma

Gesellschaft m.b.H.

Apollo-gasse 16-18

1070 Wien



Mundipharma Gesellschaft m.b.H. | Apollogasse 16-18 | A-1070 Wien

Telefon: +43/1/523 25 05-0 | Fax: +43/1/523 25 05-44 | E-Mail: office@mundipharma.at | Internet: <http://www.mundipharma.at>

Werbemittel-Nr.: 100971 1612