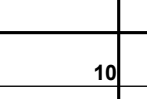
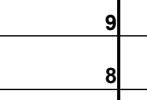


## Schmerzverlaufsprotokoll

#### D.1.3.5.4

Name des Bewohners/ Zimmer

aktuelle Schmerzmedikation:	
-----------------------------	--

Lokalisation:		Datum:												Datum:												Datum:												
		6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
	sehr stark	10																																				
		9																																				
		8																																				
	stark	7																																				
		6																																				
	mittel	5																																				
		4																																				
		3																																				
	schwach	2																																				
		1																																				
	0																																					

**Bemerkungen:**