

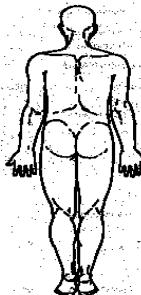
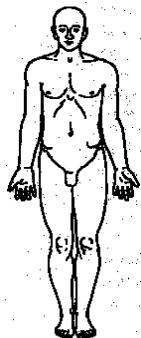
Schmerzverlaufsprotokoll

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

stark

7

mittel

5

schwach

2

Bemerkungen:

Freigabe/ GF	Geprüft	Bearbeitet	Verion	Datum	Seite
Fr. Busch	QMB	QMB	QMH 2.2	8/2025	1