

Schmerzverlaufsprotokoll

D.1.3.5.4

Name des Bewohners/ Zimmer

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

Lokalisation:

Datum:	Datum:	Datum:
sehr stark 10		
9		
8		
stark 7		
6		
mittel 5		
4		
3		
schwach 2		
1		
0		

Bemerkungen: