

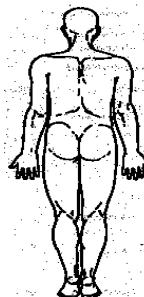
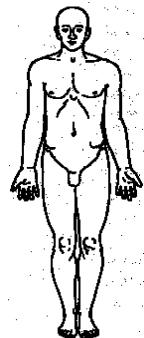
Schmerzverlaufsprotokoll

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:

Freigabe/ GF	Geprüft	Bearbeitet	Verion	Datum	Seite
Fr. Busch	QMB	QMB	QMH 2.2	01.08.23	1