

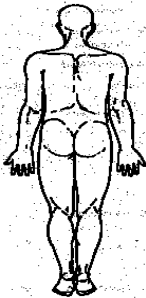
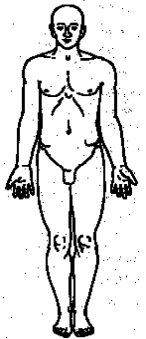
Schmerzverlaufsprotokoll

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	Version	Datum	Seite
Fr. Busch	QMB	QMB	QMH 2.2	01.10.24	1