

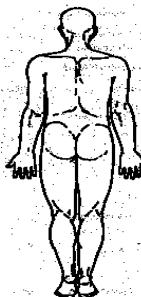
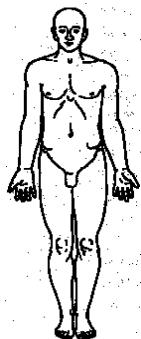
Schmerzverlaufsprotokoll

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

sehr
stark

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

Bemerkungen:

Freigabe/ GF	Geprüft	Bearbeitet	Verion	Datum	Seite
Fr. Busch	QMB	QMB	QMH 2.2	01.10.24	1