Dauerschmerz-medikament			arbeitsfreier Tag	Kalendertag	Uhrzeit Intensität der Schmerzen (0 - 10)																							Lähmungen	Gefühlsstörungen	Depression	Schwitzen	Durchschlafstörungen	Name der eingenommenen Schmerz-Bedarfsmedikation	Wirkung (+ ; -)	Anz. der Tabletten	Anz. der Zäpfchen Tropfen
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24								
				1																																
				2																																
				3																																
				4																																
				5																																
				6																																
				7																																
				8																																
				9																																
				10																																
				11																																
				12																																
				13																																
				14																																
				15																																
				16																																
				17																																
				18																																
				19																																
				20																																
				21																																
				22																																
				23																																
				24																																
				25																																
				26																																
				27																																
				28																																
				29																																
				30																																
				31																																

Monat :

Name : $Nachname#, $Vorname#