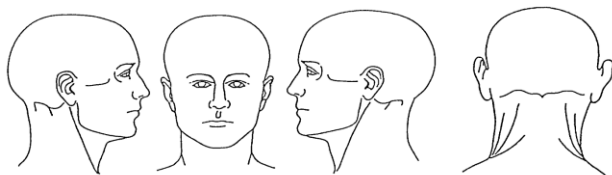
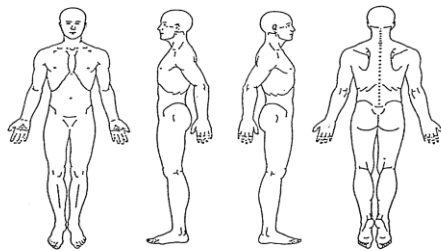


Kontinuierliche Schmerz erfassung (VAS)

Name :

Datum:																														
Zeit :	Mo	Mi	Nm	Ab	Na	Mo	Mi	Nm	Ab	Na	Mo	Mi	Nm	Ab	Na	Mo	Mi	Nm	Ab	Na	Mo	Mi	Nm	Ab	Na	Mo	Mi	Nm	Ab	Na
Schmerzen	10																													
Uebelkeit	9																													
Müdigkeit	8																													
Schwindel	7																													
	6																													
	5																													
	4																													
	3																													
	2																													
	1																													
	0																													
INTERVENTION																														
Medikamente:																														
-																														
-																														
-																														
-																														
Beurteilung:																														
GUT ☺																														
GLEICH ☹																														
SCHLECHT ☒																														



BEMERKUNGEN :

1.TAG	
2.TAG	
3.TAG	
4.TAG	
5.TAG	
6.TAG	
7.TAG	