

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Morgens**							
Vormittags**							
Mittags**							
Nachmittags**							
Abends**							
Nachts**							
Bedarfsmedikation 1							
Bedarfsmedikation 2							
Stimmung							
Leistungsfähigkeit*							
Anmerkung							



* 1 bis 6; 1: sehr gut; 6: sehr schlecht

** NRS-Skala: 0: keine Schmerzen; 10: stärksten Schmerzen vorstellbar

Woche vom: ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____