

Mit freundlicher Empfehlung  
überreicht von:

1. Auflage 2009

Schmerz-  
Tagebuch



## Editorial

### LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

die Behandlung chronischer Schmerzen erfordert besonders viel Aufmerksamkeit – von Ihrem Arzt und von Ihnen. Das regelmäßige Führen eines Tagebuches kann dabei eine große Hilfe sein. So bekommt Ihr Arzt z.B. einen guten Überblick über Ihre Medikamenteneinnahme und über Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von Schmerzen und den Begleitumständen.

Bitte denken Sie daran, dieses Tagebuch regelmäßig und sehr sorgfältig zu führen. Nehmen Sie es unbedingt zu jedem Arztbesuch mit und legen Sie es vor.

Bitte wenden Sie sich an Ihren Arzt oder Apotheker, wenn Sie ein neues Tagebuch benötigen.

Gute Besserung wünscht Ihnen

**Ihr Gesundheitsteam von ALIUD® PHARMA  
und Dr. med. Winfried Meyer-Hentschel, Laichingen**

[www.aliud.de](http://www.aliud.de)

# Schmerz-Tagebuch

ALIUD® PHARMA GmbH

Gottlieb-Daimler-Str. 19 · D-89150 Laichingen

Tel. 07333/9651-0 · Fax: 07333/9651-6004

[info@aliud.de](mailto:info@aliud.de)



## SO FÜLLEN SIE IHR TAGEBUCH RICHTIG AUS:

Datum eintragen

Kreisen Sie für jeden Tag **morgens**, **mittags** und **abends** genau den Zahlenwert ein, der der empfundenen **Stärke Ihrer Schmerzen** entspricht.  
Der Zahlenwert 0 entspricht dabei keinen Schmerzen, der Zahlenwert 10 den stärksten vorstellbaren Schmerzen.

Kreuzen Sie bitte Ihre entsprechenden **Befindlichkeiten** an.

Hier können Sie eintragen, ob Sie zusätzlich andere Medikamente eingenommen haben oder ob neue Beschwerden aufgetreten sind.

<b>Tag:</b>	<b>MONTAG</b>		
<b>Datum:</b>	12. 03. 09		
<b>Zeit:</b>	<b>mo.</b>	<b>mi.</b>	<b>ab.</b>
<b>stärkster Schmerz</b> ↑ <b>Schmerzstärke</b> ↓ <b>kein Schmerz</b>	10	10	10
	9	9	9
	8	8	8
	7	7	7
	6	6	6
	5	5	5
	4	4	4
	3	3	3
	2	2	2
	1	1	1
<b>Befindlichkeit:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Stuhlgang <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input checked="" type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Schlafstörung <input type="checkbox"/> Nachtschmerz		
<b>Anmerkungen:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

mo. = morgens, mi. = mittags, ab. = abends

## Persönliche Daten

NAME, VORNAME

ADRESSE

  
  


TELEFON

GEBURTSDATUM

BENACHRICHTIGUNG IM NOTFALL

  
  


BEHANDELNDER ARZT

  
  


BENÖTIGTE MEDIKAMENTE/SONSTIGES

Tag:	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
Datum:										
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:										

Tag:	DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
Datum:												
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anmerkungen:												

Tag:	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
Datum:										
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
Anmerkungen:										

mo. = morgens, mi. = mittags, ab. = abends

Tag:	DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
Datum:												
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz		
Anmerkungen:												

mo. = morgens, mi. = mittags, ab. = abends

Tag:	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
Datum:										
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:										

Tag:	DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
Datum:												
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anmerkungen:												

Tag:	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
Datum:										
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
Anmerkungen:										

mo. = morgens, mi. = mittags, ab. = abends

Tag:	DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
Datum:												
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz		
Anmerkungen:												

mo. = morgens, mi. = mittags, ab. = abends

Tag:	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
Datum:										
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:										

Tag:	DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
Datum:												
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anmerkungen:												

Tag:	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
Datum:										
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
Anmerkungen:										

Tag:	DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG					
Datum:															
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.			
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10				
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9				
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8				
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7				
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6				
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5				
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4				
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
Anmerkungen:															

Tag:	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
Datum:										
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:										

Tag:	DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
Datum:												
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anmerkungen:												

Tag:	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
Datum:										
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:										

Tag:	DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
Datum:												
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anmerkungen:												

Tag:	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
Datum:										
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:										

mo. = morgens, mi. = mittags, ab. = abends

Tag:	DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
Datum:												
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anmerkungen:												

mo. = morgens, mi. = mittags, ab. = abends

Tag:	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
Datum:										
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:										

Tag:	DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
Datum:												
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anmerkungen:												

Tag:	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
Datum:										
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
Anmerkungen:										

mo. = morgens, mi. = mittags, ab. = abends

Tag:	DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
Datum:												
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz		
Anmerkungen:												

mo. = morgens, mi. = mittags, ab. = abends

Tag:	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH								
Datum:															
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.						
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10						
	9	9	9	9	9	9	9	9	9						
	8	8	8	8	8	8	8	8	8						
	7	7	7	7	7	7	7	7	7						
	6	6	6	6	6	6	6	6	6						
	5	5	5	5	5	5	5	5	5						
	4	4	4	4	4	4	4	4	4						
	3	3	3	3	3	3	3	3	3						
	2	2	2	2	2	2	2	2	2						
	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Tag:	DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG					
Datum:															
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.			
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9			
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8			
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7			
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6			
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5			
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4			
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Tag:	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
Datum:										
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:										

Tag:	DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
Datum:												
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anmerkungen:												

Tag:	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
Datum:										
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:										

Tag:	DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
Datum:												
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anmerkungen:												

Tag:	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
Datum:										
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:										

Tag:	DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
Datum:												
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anmerkungen:												

Tag:	MONTAG			DIENSTAG			MITTWOCH			
Datum:										
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	
<p>stärkster Schmerz</p> <p>↑</p> <p>Schmerzstärke</p> <p>↓</p> <p>kein Schmerz</p>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:										

Tag:	DONNERSTAG			FREITAG			SAMSTAG			SONNTAG		
Datum:												
Zeit:	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.	mo.	mi.	ab.
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Befindlichkeit:	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz	<input type="checkbox"/> Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Nachtschmerz		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anmerkungen:												