

So führst du dein Schmerztagebuch

- Trage deine Schmerzen idealerweise dreimal täglich ein – morgens, mittags und abends.
- Bei einem Schmerzschub: sofort ergänzen. Auch schmerzfreie Tage festhalten.
- Mindestens 4 Wochen führen, damit Muster und Auslöser erkennbar werden.
- Beim Arzttermin mitbringen oder als Foto zeigen.

Schmerzskala (NRS)



0 = kein Schmerz · 5 = mittelstark · 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Stammdaten

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Hausarzt / Ärztin: _____

Diagnose (falls bekannt): _____

Tagebuch-Zeitraum von – bis: _____

Lieber digital führen?

Mit der kostenlosen Carely-App erfasst du Schmerzen am Smartphone, siehst Trends automatisch und exportierst ein fertiges Arztprotokoll als PDF – ohne Papier.

Direkt loslegen: car-ely.com/schmerztagebuch-app

Datum: _____

Wochentag: _____

Wetter: _____

Morgens	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Mittags	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Abends	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Stimmung, Schlaf, Begleitsymptome

Datum: _____

Wochentag: _____

Wetter: _____

Morgens	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Mittags	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Abends	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Stimmung, Schlaf, Begleitsymptome

Datum: _____

Wochentag: _____

Wetter: _____

Morgens	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:												
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):												
Auslöser / Aktivität:												
Medikament & Dosis:												
Was hat geholfen?												

Mittags	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:												
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):												
Auslöser / Aktivität:												
Medikament & Dosis:												
Was hat geholfen?												

Abends	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:												
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):												
Auslöser / Aktivität:												
Medikament & Dosis:												
Was hat geholfen?												

Stimmung, Schlaf, Begleitsymptome

Datum: _____

Wochentag: _____

Wetter: _____

Morgens	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Mittags	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Abends	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Stimmung, Schlaf, Begleitsymptome

Datum: _____

Wochentag: _____

Wetter: _____

Morgens	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Mittags	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Abends	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Stimmung, Schlaf, Begleitsymptome

Datum: _____

Wochentag: _____

Wetter: _____

Morgens	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Mittags	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Abends	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Stimmung, Schlaf, Begleitsymptome

Datum: _____

Wochentag: _____

Wetter: _____

Morgens	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Mittags	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Abends	Schmerz (0–10):	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort / Körperregion:	_____											
Schmerzart (stechend, dumpf, brennend ...):	_____											
Auslöser / Aktivität:	_____											
Medikament & Dosis:	_____											
Was hat geholfen?	_____											

Stimmung, Schlaf, Begleitsymptome
