

# Mein Schmerztagebuch

Bitte tragen Sie in dieses Schmerztagebuch morgens, mittags, abends und nachts Ihre Schmerzen im Kniegelenk und bei Bedarf Medikamente ein.

Name:

Kniebeschwerden:

Alter:

Links  Rechts  Links und Rechts

Beobachtungszeitraum:

Medikamente:

## Fragenkatalog

Wie äußern sich die Schmerzen?

Wann treten Schmerzen im Kniegelenk verstärkt auf:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> im Liegen                  | <input type="checkbox"/> beim Sport              |
| <input type="checkbox"/> gehen nach längerem Sitzen | <input type="checkbox"/> beim Radfahren          |
| <input type="checkbox"/> langsames gehen            | <input type="checkbox"/> schnelles gehen         |
| <input type="checkbox"/> Treppen steigen aufwärts   | <input type="checkbox"/> Treppen steigen abwärts |
| <input type="checkbox"/> knien                      | <input type="checkbox"/> aufstehen               |
| <input type="checkbox"/> im Stehen                  | <input type="checkbox"/> setzen                  |

Wachen Sie nachts wegen der Schmerzen auf?

- Ja  Nein

Wann lassen die Schmerzen nach?

Welcher Schmerzwert wäre für mich erträglich?

- 1-2  3-4  5-6  7-8  9-10

Folgende Schmerzmittel nehme ich ein:

Sind weitere Gelenke von Schmerzen betroffen?

Gibt es besondere Auslöser für Ihre Knieschmerzen?

Wie entwickeln sich die Schmerzen im Tagesverlauf?

Diese Fragen beantworten Sie bitte  
am Vorabend Ihres Arztbesuchs:

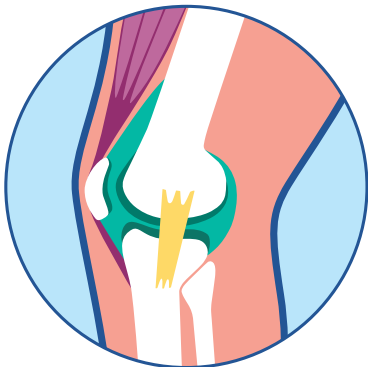
## Wo treten die Schmerzen auf?

Bitte in der Grafik markieren.

Linkes Knie

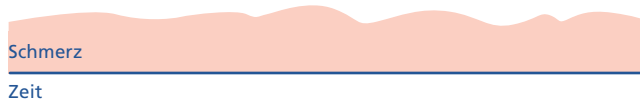


Rechtes Knie

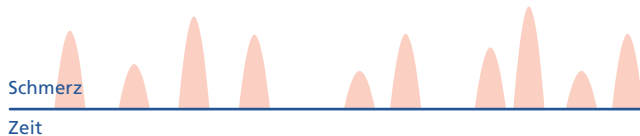


## Welcher Schmerzverlauf trifft am ehesten zu?

Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei



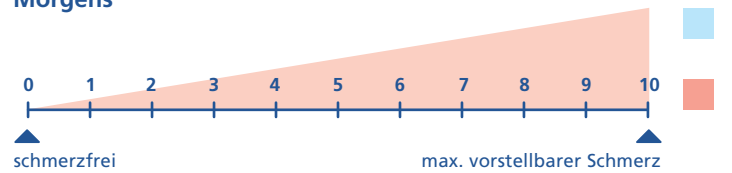
## Wie stark sind die Schmerzen durchschnittlich?

Bitte in der Grafik markieren.

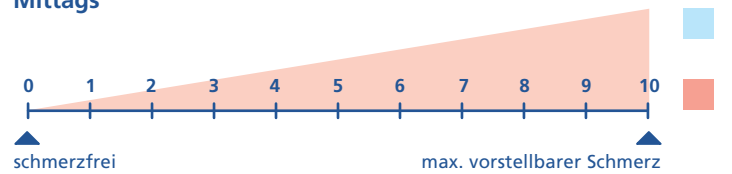
Linkes Knie

Rechtes Knie

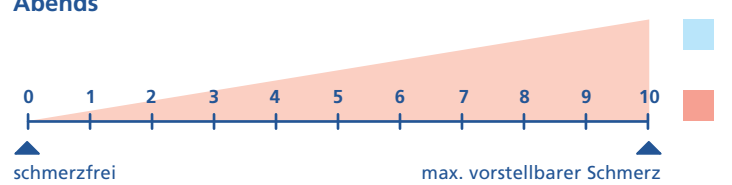
Morgens



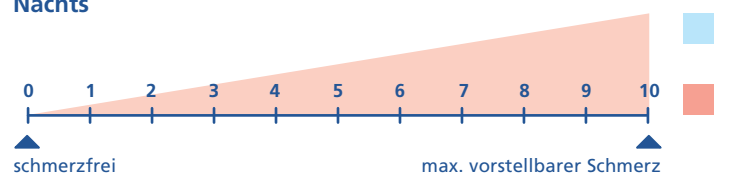
Mittags



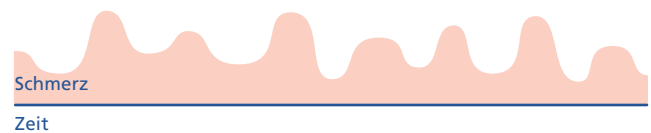
Abends



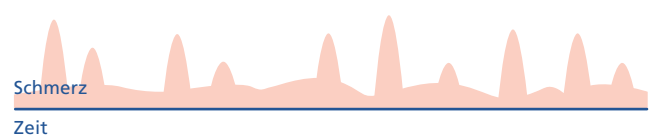
Nachts



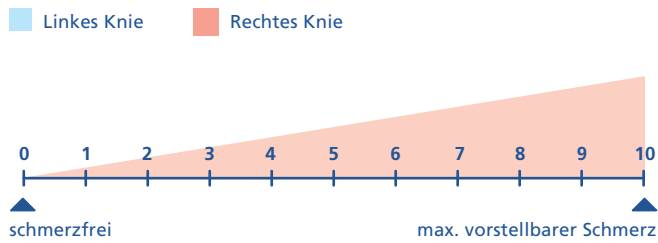
Dauerschmerz mit starken Schwankungen



Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen



## Wie stark sind die Schmerzen im Durchschnitt?



Bitte tragen Sie den entsprechenden Schmerzgrad von 0 (schmerzfrei) bis 10 (max. vorstellbarer Schmerz) in die Tabelle ein. Sie können unterschiedliche Werte für Ihr linkes und/oder Ihr rechtes Knie eintragen.

### Woche 1

	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Schmerzmittel	Sonstiges
Tag 1	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<input type="checkbox"/> wenn ja, welches:	
Tag 2	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<input type="checkbox"/> wenn ja, welches:	
Tag 3	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<input type="checkbox"/> wenn ja, welches:	
Tag 4	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<input type="checkbox"/> wenn ja, welches:	
Tag 5	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<input type="checkbox"/> wenn ja, welches:	
Tag 6	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<input type="checkbox"/> wenn ja, welches:	
Tag 7	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<input type="checkbox"/> wenn ja, welches:	

### Woche 2

	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Schmerzmittel	Sonstiges
Tag 1	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<input type="checkbox"/> wenn ja, welches:	
Tag 2	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<input type="checkbox"/> wenn ja, welches:	
Tag 3	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<input type="checkbox"/> wenn ja, welches:	
Tag 4	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<input type="checkbox"/> wenn ja, welches:	
Tag 5	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<input type="checkbox"/> wenn ja, welches:	
Tag 6	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<input type="checkbox"/> wenn ja, welches:	
Tag 7	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<span style="color: #4682B4;">■</span> <span style="color: #FF4500;">■</span>	<input type="checkbox"/> wenn ja, welches:	