

© peterschreiber.media – stock.adobe.com



**Deutsche  
Schmerzliga e.V.**

# Schmerztagebuch

Ihr Begleiter gegen den Schmerz

# Schmerz messen ist der erste Schritt in der Schmerztherapie

**Liebe Patientin, lieber Patient!**

Dieses Schmerztagebuch soll Ihnen und Ihrem Arzt ermöglichen, den **Verlauf und Erfolg** Ihrer Schmerzbehandlung zu beurteilen. Sie können darin schnell und einfach für die Behandlung wichtige Informationen notieren. Dies sind z.B. Ihr Medikamentenbedarf, der Zeitpunkt der Medikamenteneinnahme, die Schmerzstärke, Aussagen über Stuhlgang, Schlaf, allgemeines Wohlbefinden und Aktivität. Bitte bringen Sie das ausgefüllte Schmerztagebuch immer in die Sprechstunde mit und legen Sie es Ihrem Arzt vor.

Wir wünschen Ihnen eine **erfolgreiche Schmerztherapie** und gute Besserung.

Ihre Deutsche Schmerzliga e.V.

Mit freundlicher Unterstützung durch die Projektförderung der DAK-Gesundheit.

# Ihre Daten

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Strasse

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

Tel.-Nr.

\_\_\_\_\_

Im Notfall zu benachrichtigen



Stempel des behandelnden Arztes

# Wichtige Daten

## Bitte vom Arzt eintragen lassen

### → Schmerzmedikamente

Präparat	Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

### → Bemerkungen

---

---

→ **Sonstige Medikamente**

Präparat	Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

→ **Bemerkungen**

---

---

# Ihr persönlicher Weg zur effektiven Schmerzlinderung

## Den Schmerz reduzieren. Das Leben leben.

Ziel der modernen Schmerztherapie ist es, den Schmerz so weit zu lindern, dass Sie als Patient **wieder aktiv werden** und ein möglichst normales Leben führen können – im Beruf, im Alltag und in Ihrer Freizeit.

Eine wirklich gute Schmerztherapie soll den Schmerz für Sie erträglich machen und dabei gleichzeitig mehr Lebensqualität bieten. Denn wenn Sie sich besser fühlen, können Sie mit zusätzlichen Behandlungsmaßnahmen wie Bewegungs-, Entspannungs- oder Gesprächstherapie dazu beitragen, Ihre schmerzverursachende Grunderkrankung besser in den Griff zu bekommen.

Schmerzen sind nicht immer gleich. Es hilft Ihrem Arzt für Ihre Behandlung, wenn Sie die Stärke Ihrer Schmerzen in dieses **Tagebuch** eintragen (z.B. regelmäßig 3x am Tag).

Damit Sie die Stärke Ihrer Schmerzen genau bestimmen können, hat Ihnen Ihr Arzt eine Schmerzskala mitgegeben. Auf der folgenden Seite können Sie noch einmal genau sehen, wie die Schmerzskala angewendet wird.

### → Therapiehinweis

Bitte folgen Sie im Laufe Ihrer Schmerztherapie genau den Empfehlungen Ihres behandelnden Arztes. Verändern Sie keinesfalls eigenmächtig die Dosierung und wechseln Sie nicht ohne Rücksprache das Medikament. Brechen Sie bei eventuell auftretenden Nebenwirkungen Ihre Schmerztherapie **nicht ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt** ab. Nehmen Sie auch keine anderen Medikamente ein, ohne dies vorher mit Ihrem Arzt abzustimmen.

# Die Schmerzskala So wird's gemacht

Stellen Sie den orangefarbenen Schieber so zwischen »Kein Schmerz« und »Stärkster Schmerz« ein, wie es Ihrem derzeitigen Schmerz entspricht. Drehen Sie die Skala um, lesen Sie den Schmerzwert ab und kreuzen Sie die entsprechende Ziffer in Ihrem Schmerztagbuch an.





# Das individuelle Behandlungsziel (IBZ)

## → Bestimmen Sie Ihr persönliches Behandlungsziel

Schmerz ist nicht gleich Schmerz – er wird von jedem Patienten unterschiedlich empfunden. Je individueller eine Schmerztherapie auf den einzelnen Patienten eingeht, umso zielgerichteter und erfolgreicher kann sie sein. Der Ansatz des **individuellen Behandlungsziels (IBZ)** ist es daher, Sie als Patienten in den Mittelpunkt der Therapie zu rücken. Gemeinsam mit Ihrem Arzt bestimmen Sie Ihr individuelles Behandlungsziel und legen anhand der Schmerzskala fest, ab welchem Schmerzwert der Schmerz für Sie erträglich ist.

Mit einem so definierten Richtwert, an dem sich Ihre Therapie orientiert, werden **Therapie-Erfolge** für Sie und Ihren Arzt messbarer.

→ BEISPIEL

**Präparat:** Bitte eintragen, welche Medikamente Sie derzeit einnehmen. Geben Sie bitte den/die Namen des/der Medikaments/Medikamente an.

**Dosierung:** Bitte eintragen, wie oft und in welcher Menge Sie die jeweiligen Medikamente einnehmen. Bitte auch die entsprechende Form angeben: z.B. 1 Tablette, 2 Esslöffel, 20 Tropfen, 1 Beutel usw.

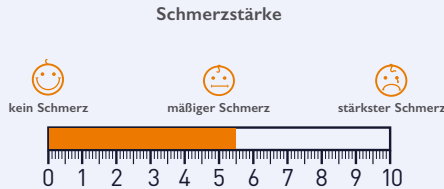
1. Woche

Datum		1. TAG 28.7.2019			
Uhrzeit		morgens 8 <sup>00</sup>	mittags 12 <sup>30</sup>	abends 20 <sup>00</sup>	nachts
Medikamenteneinnahme					
Präparat	Dosierung	Anz.			
Schmerzmittel	2x1 Tablette	1	1	1	
Medikament gegen Übelkeit	20 Tropfen	2	2	2	
Herzmittel	3x20 Tropfen	20	20	20	
IBZ (Schmerzstärke)		10	10	10	10
5-6		9	9	9	9
		8	8	8	8
		7	7	7	7
		6	6	6	6
		5	5	5	5
		4	4	4	4
		3	3	3	3
		2	2	2	2
		1	1	1	1
		0	0	0	0
Sonstiges Befinden an diesem Tag		Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden	
		<input checked="" type="checkbox"/> ☹️	<input checked="" type="checkbox"/> ☹️	<input checked="" type="checkbox"/> ☹️	
		keine ☹️	mäßig <input checked="" type="checkbox"/> ☹️	stark ☹️	
Bemerkungen		kann wieder schlafen			

**Anzahl:** Bitte die Menge eintragen, die Sie von den Medikamenten zum jeweiligen Zeitpunkt eingenommen haben.

**Schmerzstärke:** Bitte hier Ihren aktuellen Schmerzwert von der Schmerzskala übernehmen und ankreuzen.

5-6



**IBZ:** Bitte hier Ihr individuelles Behandlungsziel (IBZ) eintragen, das Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt bestimmt haben. Mit Hilfe der Schmerzskala können Sie angeben, ab welchem Wert der Schmerz für Sie erträglich ist.

**Bemerkungen:** Bitte eintragen, was Ihnen im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen sonst noch wichtig erscheint.

Datum

Uhrzeit

Medikamenteneinnahme

Präparat

Dosierung

IBZ (Schmerzstärke)

Schmerzstärke



kein Schmerz



mäßiger Schmerz



stärkster Schmerz



Sonstiges Befinden an diesem Tag

Beeinträchtigung der Tagesaktivität durch Schmerzen

Bemerkungen

→ 1. WOCHE

1. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
10	10	10	10	10
9	9	9	9	9
8	8	8	8	8
7	7	7	7	7
6	6	6	6	6
5	5	5	5	5
4	4	4	4	4
3	3	3	3	3
2	2	2	2	2
1	1	1	1	1
0	0	0	0	0

Stuhlgang    Schlaf    Wohlbefinden  




keine    mäßig    stark  




2. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
10	10	10	10	10
9	9	9	9	9
8	8	8	8	8
7	7	7	7	7
6	6	6	6	6
5	5	5	5	5
4	4	4	4	4
3	3	3	3	3
2	2	2	2	2
1	1	1	1	1
0	0	0	0	0

Stuhlgang    Schlaf    Wohlbefinden  




keine    mäßig    stark  




3. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
10	10	10	10	10
9	9	9	9	9
8	8	8	8	8
7	7	7	7	7
6	6	6	6	6
5	5	5	5	5
4	4	4	4	4
3	3	3	3	3
2	2	2	2	2
1	1	1	1	1
0	0	0	0	0

Stuhlgang    Schlaf    Wohlbefinden  




keine    mäßig    stark  




4. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
10	10	10	10	10
9	9	9	9	9
8	8	8	8	8
7	7	7	7	7
6	6	6	6	6
5	5	5	5	5
4	4	4	4	4
3	3	3	3	3
2	2	2	2	2
1	1	1	1	1
0	0	0	0	0

Stuhlgang    Schlaf  



keine    mäßig  



		5. TAG				6. TAG				7. TAG			
abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts
		Anz.				Anz.				Anz.			
		Anz.				Anz.				Anz.			
		Anz.				Anz.				Anz.			
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
f	Wohlbefinden	Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden		Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden		Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden	
g	stark	keine	mäßig	stark		keine	mäßig	stark		keine	mäßig	stark	

→ 2. WOCHE

1. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
	10	10	10	10
	9	9	9	9
	8	8	8	8
	7	7	7	7
	6	6	6	6
	5	5	5	5
	4	4	4	4
	3	3	3	3
	2	2	2	2
	1	1	1	1
	0	0	0	0

Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden
keine 	mäßig 	stark 

2. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
	10	10	10	10
	9	9	9	9
	8	8	8	8
	7	7	7	7
	6	6	6	6
	5	5	5	5
	4	4	4	4
	3	3	3	3
	2	2	2	2
	1	1	1	1
	0	0	0	0

Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden
keine 	mäßig 	stark 

3. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
	10	10	10	10
	9	9	9	9
	8	8	8	8
	7	7	7	7
	6	6	6	6
	5	5	5	5
	4	4	4	4
	3	3	3	3
	2	2	2	2
	1	1	1	1
	0	0	0	0

Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden
keine 	mäßig 	stark 

4. TAG

	morgens	mittags
Anz.		
Anz.		
Anz.		
	10	10
	9	9
	8	8
	7	7
	6	6
	5	5
	4	4
	3	3
	2	2
	1	1
	0	0

Stuhlgang	Schlaf
keine 	mäßig 

		5. TAG				6. TAG				7. TAG			
abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts
		Anz.				Anz.				Anz.			
		Anz.				Anz.				Anz.			
		Anz.				Anz.				Anz.			
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schlaf	Wohlbefinden	Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden		Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden		Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden	
mäßig	stark	keine	mäßig	stark		keine	mäßig	stark		keine	mäßig	stark	

# → 3. WOCHE

## 1. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
	10	10	10	10
	9	9	9	9
	8	8	8	8
	7	7	7	7
	6	6	6	6
	5	5	5	5
	4	4	4	4
	3	3	3	3
	2	2	2	2
	1	1	1	1
	0	0	0	0

Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden
keine 	mäßig 	stark 

## 2. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
	10	10	10	10
	9	9	9	9
	8	8	8	8
	7	7	7	7
	6	6	6	6
	5	5	5	5
	4	4	4	4
	3	3	3	3
	2	2	2	2
	1	1	1	1
	0	0	0	0

Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden
keine 	mäßig 	stark 

## 3. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
	10	10	10	10
	9	9	9	9
	8	8	8	8
	7	7	7	7
	6	6	6	6
	5	5	5	5
	4	4	4	4
	3	3	3	3
	2	2	2	2
	1	1	1	1
	0	0	0	0

Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden
keine 	mäßig 	stark 

## 4. TAG

	morgens	mittags
Anz.		
Anz.		
Anz.		
	10	10
	9	9
	8	8
	7	7
	6	6
	5	5
	4	4
	3	3
	2	2
	1	1
	0	0

Stuhlgang	Schlaf
keine 	mäßig 



		5. TAG				6. TAG				7. TAG			
abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts
		Anz.				Anz.				Anz.			
		Anz.				Anz.				Anz.			
		Anz.				Anz.				Anz.			
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schlaf	Wohlbefinden	Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden		Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden		Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden	
mäßig	stark	keine	mäßig	stark		keine	mäßig	stark		keine	mäßig	stark	

→ 4. WOCHE

1. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
	10	10	10	10
	9	9	9	9
	8	8	8	8
	7	7	7	7
	6	6	6	6
	5	5	5	5
	4	4	4	4
	3	3	3	3
	2	2	2	2
	1	1	1	1
	0	0	0	0

Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden
keine 	mäßig 	stark 

2. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
	10	10	10	10
	9	9	9	9
	8	8	8	8
	7	7	7	7
	6	6	6	6
	5	5	5	5
	4	4	4	4
	3	3	3	3
	2	2	2	2
	1	1	1	1
	0	0	0	0

Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden
keine 	mäßig 	stark 

3. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
	10	10	10	10
	9	9	9	9
	8	8	8	8
	7	7	7	7
	6	6	6	6
	5	5	5	5
	4	4	4	4
	3	3	3	3
	2	2	2	2
	1	1	1	1
	0	0	0	0

Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden
keine 	mäßig 	stark 

4. TAG

	morgens	mittags
Anz.		
Anz.		
Anz.		
	10	10
	9	9
	8	8
	7	7
	6	6
	5	5
	4	4
	3	3
	2	2
	1	1
	0	0

Stuhlgang	Schlaf
keine 	mäßig 

		5. TAG				6. TAG				7. TAG			
abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts
		Anz.				Anz.				Anz.			
		Anz.				Anz.				Anz.			
		Anz.				Anz.				Anz.			
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schlaf	Wohlbefinden	Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden		Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden		Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden	
mäßig	stark	keine	mäßig	stark		keine	mäßig	stark		keine	mäßig	stark	

# → 5. WOCHE

## 1. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
	10	10	10	10
	9	9	9	9
	8	8	8	8
	7	7	7	7
	6	6	6	6
	5	5	5	5
	4	4	4	4
	3	3	3	3
	2	2	2	2
	1	1	1	1
	0	0	0	0

Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden
keine 	mäßig 	stark 

## 2. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
	10	10	10	10
	9	9	9	9
	8	8	8	8
	7	7	7	7
	6	6	6	6
	5	5	5	5
	4	4	4	4
	3	3	3	3
	2	2	2	2
	1	1	1	1
	0	0	0	0

Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden
keine 	mäßig 	stark 

## 3. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
	10	10	10	10
	9	9	9	9
	8	8	8	8
	7	7	7	7
	6	6	6	6
	5	5	5	5
	4	4	4	4
	3	3	3	3
	2	2	2	2
	1	1	1	1
	0	0	0	0

Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden
keine 	mäßig 	stark 

## 4. TAG

	morgens	mittags
Anz.		
Anz.		
Anz.		
	10	10
	9	9
	8	8
	7	7
	6	6
	5	5
	4	4
	3	3
	2	2
	1	1
	0	0

Stuhlgang	Schlaf
keine 	mäßig 

		5. TAG				6. TAG				7. TAG			
abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts
		Anz.				Anz.				Anz.			
		Anz.				Anz.				Anz.			
		Anz.				Anz.				Anz.			
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schlaf	Wohlbefinden	Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden		Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden		Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden	
mäßig	stark	keine	mäßig	stark		keine	mäßig	stark		keine	mäßig	stark	

→ 6. WOCHE

1. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
	10	10	10	10
	9	9	9	9
	8	8	8	8
	7	7	7	7
	6	6	6	6
	5	5	5	5
	4	4	4	4
	3	3	3	3
	2	2	2	2
	1	1	1	1
	0	0	0	0

Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden
keine 	mäßig 	stark 

2. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
	10	10	10	10
	9	9	9	9
	8	8	8	8
	7	7	7	7
	6	6	6	6
	5	5	5	5
	4	4	4	4
	3	3	3	3
	2	2	2	2
	1	1	1	1
	0	0	0	0

Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden
keine 	mäßig 	stark 

3. TAG

	morgens	mittags	abends	nachts
Anz.				
Anz.				
Anz.				
	10	10	10	10
	9	9	9	9
	8	8	8	8
	7	7	7	7
	6	6	6	6
	5	5	5	5
	4	4	4	4
	3	3	3	3
	2	2	2	2
	1	1	1	1
	0	0	0	0

Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden
keine 	mäßig 	stark 

4. TAG

	morgens	mittags
Anz.		
Anz.		
Anz.		
	10	10
	9	9
	8	8
	7	7
	6	6
	5	5
	4	4
	3	3
	2	2
	1	1
	0	0

Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden
keine 	mäßig 	stark 

		5. TAG				6. TAG				7. TAG			
abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts	morgens	mittags	abends	nachts
		Anz.				Anz.				Anz.			
		Anz.				Anz.				Anz.			
		Anz.				Anz.				Anz.			
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schlaf	Wohlbefinden	Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden		Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden		Stuhlgang	Schlaf	Wohlbefinden	
mäßig	stark	keine	mäßig	stark		keine	mäßig	stark		keine	mäßig	stark	

# Patientenservice der Deutschen Schmerzliga e.V.

**Unsere stärkste Waffe gegen den Schmerz ist die Information und Aufklärung, daher möchten wir Betroffene und ihre Angehörigen mit umfangreichen Patientinformationen unterstützen.**

**Es ist wichtig, Schmerzen vorzubeugen, zu lindern und zu behandeln, damit sie nicht chronisch werden, oder um bereits laufende Chronifizierungsprozesse zu stoppen.**

## **Unser Serviceangebot für Sie:**

- **Schmerztelefon:** Mo, Mi, Fr: 9:00 – 11:00 Uhr Tel.: 0 69 - 20 019 019  
Mo: 18:00 – 20:00 Uhr Tel.: 0 62 01 - 6 04 94 15
- **Broschüren:** Downloads zu unterschiedlichen Krankheitsbildern finden Sie unter [www.schmerzliga.de/service](http://www.schmerzliga.de/service)

## **Unseren Mitgliedern bieten wir darüber hinaus:**

- **Medizinische Beratung** 1 x wöchentlich
- **Sozialrechtliche Beratung** 2 x wöchentlich
- **Mitgliedermagazin** 4 x jährlich



# Mitgliedsantrag

**Deutsche Schmerzliga e.V.**  
**Rüsselsheimer Str. 22 / Haus A**  
**60326 Frankfurt am Main**

Per E-Mail an: [info@schmerzliga.de](mailto:info@schmerzliga.de)

## ➔ Beitrittserklärung

Ja, ich will Mitglied werden

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe)

Meine Grunderkrankung \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe)

- Ich gehöre folgender Selbsthilfegruppe der DSL e.V. an: \_\_\_\_\_
- Ich möchte in einer Selbsthilfegruppe mitarbeiten oder eine Gruppe gründen.
- Meine Adresse darf an regionale Selbsthilfegruppen der Deutschen Schmerzliga e.V. weitergegeben werden.

## ➔ Einzugsermächtigung

Mitgliedsbeitrag: 40,00 € pro Kalenderjahr

Beitrag für Mitglieder in Selbsthilfegruppen der DSL e.V. 30,00 € pro Kalenderjahr

freiwilliger Mitgliedsbeitrag \_\_\_\_\_ (mind. 40,00 € pro Kalenderjahr)

Ich erteile Ihnen hiermit eine Einzugsermächtigung. Die Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen. Sollte das Konto nicht gedeckt sein, besteht für das Geldinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

IBAN Nr. \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Deutsche Schmerzliga e.V.  
Rüsselsheimer Str. 22 / Haus A  
60326 Frankfurt am Main  
Telefon: 069 26946400

E-Mail: [info@schmerzliga.de](mailto:info@schmerzliga.de)  
Internet: [www.schmerzliga.de](http://www.schmerzliga.de)  
IBAN Nr: DE77 5005 0201 0000 8294 63  
Frankfurter Sparkasse



# Deutsche Schmerzliga e.V.

Rüsselsheimer Straße 22 / Haus A  
60326 Frankfurt am Main

Telefon: +49 69-26946400  
E-Mail: [info@schmerzliga.de](mailto:info@schmerzliga.de)  
[www.schmerzliga.de](http://www.schmerzliga.de)