

TAGEBUCH FÜR DIE TESTPHASE

Parimed GmbH

Unter Sagi 6
CH-6362 Stansstad
Switzerland

Tel +41 (0)41 312 11 11

Fax +41 (0)41 312 11 13

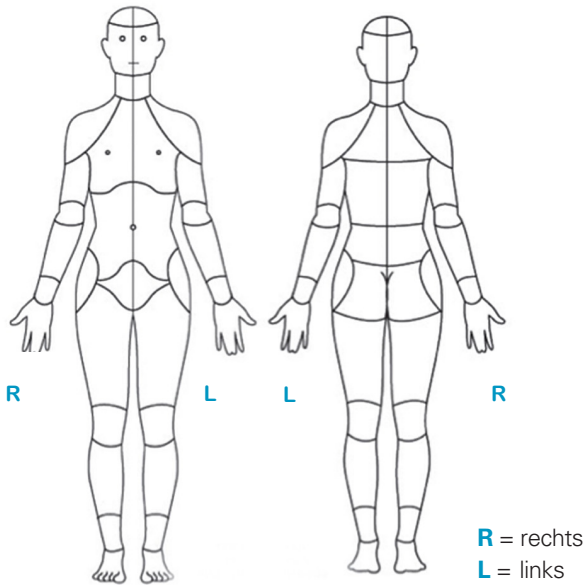
www.parimed.ch

2022_ Parimed_T

IHRE HAUPTSCHMERZEN VOR DER IMPLANTATION

Bitte markieren Sie die Körperregionen, welche Ihnen vor der Implantation am meisten Beschwerden verursacht haben. Bezeichnen Sie diese mit den entsprechenden Zahlenwerten von 0–10, wobei 10 für die stärksten vorstellbaren Schmerzen steht.

Körperkarte



SCHMERZSKALA VOR DER IMPLANTATION

Bitte tragen Sie in der nachfolgenden Skala einen Wert für Ihre durchschnittlichen Schmerzen während der letzten drei Monate ein.

kein Schmerz		leichter Schmerz		mässiger Schmerz		starker Schmerz		sehr starker Schmerz		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

THERAPIE PROTOKOLL

Mit diesem Tagebuch können Sie Ihr Wohlbefinden notieren. Bitte füllen Sie Ihr Tagebuch jeden Tag aus, damit Ihr Arzt die Therapie optimal auf Ihre individuellen Bedürfnisse abstimmen kann.

Therapie Protokoll

Name des Patienten:

Datum																								
Programm																								
Tageszeit	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht
Stimulationsstärke 1 – 24																								
Schmerzstärke 0 – 10																								

Schmerzskala: **0** = keine Schmerzen, **3** = leichte Schmerzen, **5** = mässige Schmerzen, **7** = starke Schmerzen, **10** = maximale Schmerzen

Wie sehr hat sich Ihr Zustand diese Woche verbessert?

Bitte kreuzen Sie an.

Allgemeines Wohlbefinden Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Bewegung Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Schlafen Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Therapie Protokoll

Name des Patienten:

Datum																												
Programm																												
Tageszeit	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht
Stimulationsstärke 1 – 24																												
Schmerzstärke 0 – 10																												

Schmerzskala: **0** = keine Schmerzen, **3** = leichte Schmerzen, **5** = mässige Schmerzen, **7** = starke Schmerzen, **10** = maximale Schmerzen

Wie sehr hat sich Ihr Zustand diese Woche verbessert?

Bitte kreuzen Sie an.

Allgemeines Wohlbefinden

Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Bewegung

Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Schlafen

Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Therapie Protokoll

Name des Patienten:

Datum																								
Programm																								
Tageszeit	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht
Stimulationsstärke 1 – 24																								
Schmerzstärke 0 – 10																								

Schmerzskala: **0** = keine Schmerzen, **3** = leichte Schmerzen, **5** = mässige Schmerzen, **7** = starke Schmerzen, **10** = maximale Schmerzen

Wie sehr hat sich Ihr Zustand diese Woche verbessert?

Bitte kreuzen Sie an.

Allgemeines Wohlbefinden Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Bewegung Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Schlafen Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Therapie Protokoll

Name des Patienten:

Datum																								
Programm																								
Tageszeit	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht
Stimulationsstärke 1 – 24																								
Schmerzstärke 0 – 10																								

Schmerzskala: **0** = keine Schmerzen, **3** = leichte Schmerzen, **5** = mässige Schmerzen, **7** = starke Schmerzen, **10** = maximale Schmerzen

Wie sehr hat sich Ihr Zustand diese Woche verbessert?

Bitte kreuzen Sie an.

Allgemeines Wohlbefinden Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Bewegung Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Schlafen Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Therapie Protokoll

Name des Patienten:

Datum																								
Programm																								
Tageszeit	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht
Stimulationsstärke 1 – 24																								
Schmerzstärke 0 – 10																								

Schmerzskala: **0** = keine Schmerzen, **3** = leichte Schmerzen, **5** = mässige Schmerzen, **7** = starke Schmerzen, **10** = maximale Schmerzen

Wie sehr hat sich Ihr Zustand diese Woche verbessert?

Bitte kreuzen Sie an.

Allgemeines Wohlbefinden Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Bewegung Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Schlafen Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Therapie Protokoll

Name des Patienten:

Datum																								
Programm																								
Tageszeit	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Morgen	Mittag	Abend	Nacht
Stimulationsstärke 1 – 24																								
Schmerzstärke 0 – 10																								

Schmerzskala: **0** = keine Schmerzen, **3** = leichte Schmerzen, **5** = mässige Schmerzen, **7** = starke Schmerzen, **10** = maximale Schmerzen

Wie sehr hat sich Ihr Zustand diese Woche verbessert?

Bitte kreuzen Sie an.

Allgemeines Wohlbefinden Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Bewegung Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut

Schlafen Keine Verbesserung Ein wenig Mittel Sehr gut