

Schmerz-, Beschwerden- und Haushaltsführungsprotokoll

Seite ____ von ____

Bitte füllen Sie dieses Formular während Ihrer Heilbehandlung vollständig und durchgängig aus. Alle diese Angaben helfen, Ihre Ansprüche optimal durchzusetzen. Vermerken Sie hierbei u.a. jeden Tag den Zahlenwert, welcher der empfundenen Stärke Ihrer Schmerzen bzw. Beschwerden entspricht. Der Zahlenwert 0 entspricht dabei schmerzfrei, der Zahlenwert 10 den stärksten vorstellbaren Schmerzen. Bitte belegen Sie Ihre Angaben soweit möglich.

Name, Vorname							
Wochentag	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
Datum							
Stationäre Behandlung							
Ambulante Behandlung							
Arbeitsunfähigkeit							
Erwerbsschaden							
Schmerzstärke							
Beschwerden z.B. Schlaflosigkeit, Steifigkeit, Übelkeit, Appetitlosigkeit etc.							
Heilbehandlungen (z.B. Medikament, Dosis, Pflege, Physiotherapie, Massagen, etc.)							
Haushaltsführung Anzahl und Alter der Angehörigen, Kinderbetreuung, Wohnungsgröße, Gartenpflege, Tierhaltung etc.							
Haushaltshilfeschieden Geschätzter Ausfall Ihrer Arbeitsleistung im Haushalt in Stunden							
Unfallbedingte Spätfolgen zu befürchten? Auszuschließen?							