


Version 02/05.2024

Dieses Behandlungstagebuch wurden Ihnen überreicht von:



Praxisstempel



# BEHANDLUNGS- TAGEBUCH

für Fentanyl Ribosepharm-Patienten

## Anforderung von Schulungsmaterialien

Folgende Schulungsmaterialien stehen für Fentanyl Lutschtablette zur Verfügung:

- Leitfaden für die sichere Anwendung – Patienten
- Leitfaden zur Verringerung von Arzneimittel- und Anwendungsrisiken inkl. Checkliste – Ärztinnen und Ärzte
- Leitfaden zur Verringerung von Arzneimittel- und Anwendungsrisiken inkl. Checkliste – Apothekerinnen und Apotheker
- Behandlungstagebuch



Alle Schulungsmaterialien zu Fentanyl Lutschtabletten sowie die Gebrauchsinformation sind auch online durch Scannen des QR-Codes oder über <https://www.hikma.com/de-de/produkte/> verfügbar.

Gedruckte Exemplare können Sie beim pharmazeutischen Unternehmen (siehe Kontaktdaten unten) bestellen.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an:  
Hikma Pharma GmbH  
Lochhamer Straße 13  
82152 Martinsried  
Deutschland

# Einleitung

## Warum soll ich ein Behandlungstagebuch führen?

Dieses Behandlungstagebuch hilft Ihnen, Ihre Erfahrungen mit Fentanyl Ribosepharm zu dokumentieren. Es liefert Ihnen und Ihrem Arzt wichtige Erkenntnisse über Ihren Behandlungsfortschritt und stellt sicher, dass Sie die optimale Dosis erhalten.

## Aufzeichnung Ihrer Durchbruchschmerzen

Ihr Arzt muss nachvollziehen können, wie Sie auf die Behandlung ansprechen und ob Nebenwirkungen auftreten. Sie werden daher gebeten, die Stärke Ihrer Durchbruchschmerzen während der Behandlung zu dokumentieren. Mithilfe dieser Informationen kann Ihr Arzt die Wirksamkeit von Fentanyl Ribosepharm besser beurteilen und die für Sie optimale Dosis finden.

Wie Sie die Stärke Ihrer Schmerzen aufzeichnen, wird auf Seite 5 erläutert.

### Angaben zu Ihrer Person

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Mein Arzt**

Name: \_\_\_\_\_

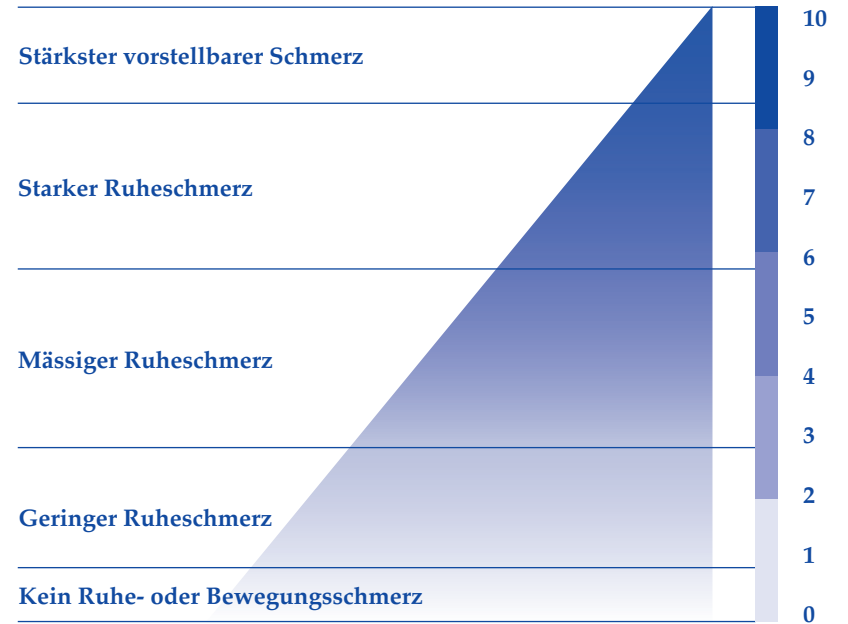
Name der Praxis: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## Wie stark sind Ihre Schmerzen?



Bewerten und notieren Sie regelmäßig die Stärke Ihrer Durchbruchschmerzen (0-10).

So kann Ihre Schmerzstärke über die Zeit beurteilt werden.

**So füllen Sie Ihr Behandlungstagebuch für Fentanyl Ribosepharm aus (Beispiel):**

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten?	Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm?
Datum/Uhrzeit <u>02.04.2020</u> <u>13.30 Uhr</u>  <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag	<input type="checkbox"/> Ja  <input checked="" type="checkbox"/> Nein	0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 <input checked="" type="checkbox"/> 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz		<input checked="" type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input checked="" type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub  <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____	<input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input checked="" type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg	15 Minuten	<input checked="" type="checkbox"/> kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

Welche Schmerzmittel nehmen Sie zur Behandlung Ihrer Dauerschmerzen ein?	Name	Dosis	Uhrzeit			
	<u>Morphin Retardtabletten</u>	<u>60 mg</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input checked="" type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	<u>Diclofenac Retardtabletten</u>	<u>100 mg</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
			<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts

Notizen: *Der Schmerz strahlte von meinem Schulterblatt in den gesamten Rücken aus. Die Fentanyl Dosis war ausreichend und hat zu ausreichender Schmerzlinderung ohne Nebenwirkungen geführt. Ich habe Fentanyl so angewendet, wie es mir gezeigt wurde.*

### Behandlungstagebuch für Fentanyl Ribosepharm

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten?	Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm?
Datum/Uhrzeit _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag	<input type="checkbox"/> Ja _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein	0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz	Wo trat der Schmerz auf?	<input type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg	_____ _____ _____	0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

Welche Schmerzmittel nehmen Sie zur Behandlung Ihrer Dauerschmerzen ein?	Name	Dosis	Uhrzeit			
	_____	_____	<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____	_____	<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____	_____	<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts

Notizen:

### Behandlungstagebuch für Fentanyl Ribosepharm

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten?	Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm?
Datum/Uhrzeit _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag	<input type="checkbox"/> Ja _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein	0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz		<input type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg		0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

Welche Schmerzmittel nehmen Sie zur Behandlung Ihrer Dauerschmerzen ein?	Name	Dosis	Uhrzeit			
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts

Notizen:

### Behandlungstagebuch für Fentanyl Ribosepharm

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten?	Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm?
Datum/Uhrzeit _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag	<input type="checkbox"/> Ja _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein	<p>0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz</p>	<p>Two human figures showing front and back views for pain location marking.</p>	<input type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg		<p>0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz</p>

Welche Schmerzmittel nehmen Sie zur Behandlung Ihrer Dauerschmerzen ein?	Name	Dosis	Uhrzeit			
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts

Notizen:

### Behandlungstagebuch für Fentanyl Ribosepharm

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten?	Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm?
Datum/Uhrzeit _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag	<input type="checkbox"/> Ja _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein	0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz		<input type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg		0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

Welche Schmerzmittel nehmen Sie zur Behandlung Ihrer Dauerschmerzen ein?	Name	Dosis	Uhrzeit			
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts

Notizen:



### Behandlungstagebuch für Fentanyl Ribosepharm

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten?	Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm?
Datum/Uhrzeit _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag	<input type="checkbox"/> Ja _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein	<p>0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz</p>	<p>Two human figures showing front and back views, with lines indicating where to mark the location of pain.</p>	<input type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg		<p>0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz</p>

Welche Schmerzmittel nehmen Sie zur Behandlung Ihrer Dauerschmerzen ein?	Name	Dosis	Uhrzeit			
	_____	_____	<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____	_____	<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____	_____	<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts

Notizen:

### Behandlungstagebuch für Fentanyl Ribosepharm

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten?	Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm?
Datum/Uhrzeit _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag	<input type="checkbox"/> Ja _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein	0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz		<input type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg		0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

Welche Schmerzmittel nehmen Sie zur Behandlung Ihrer Dauerschmerzen ein?	Name	Dosis	Uhrzeit			
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts

Notizen:

### Behandlungstagebuch für Fentanyl Ribosepharm

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten?	Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm?
Datum/Uhrzeit _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag	<input type="checkbox"/> Ja _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein	0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz	Wo trat der Schmerz auf?	<input type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg		0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

Welche Schmerzmittel nehmen Sie zur Behandlung Ihrer Dauerschmerzen ein?	Name	Dosis	Uhrzeit			
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts

Notizen:

### Behandlungstagebuch für Fentanyl Ribosepharm

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten?	Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm?
Datum/Uhrzeit _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag	<input type="checkbox"/> Ja _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein	0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz	Wo trat der Schmerz auf?	<input type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg	_____ _____ _____	0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

Welche Schmerzmittel nehmen Sie zur Behandlung Ihrer Dauerschmerzen ein?	Name	Dosis	Uhrzeit			
	_____	_____	<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____	_____	<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____	_____	<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts

Notizen:

### Behandlungstagebuch für Fentanyl Ribosepharm

An welchem Tag und um welche Uhrzeit ist der Durchbruchschmerz aufgetreten?	Gab es einen Auslöser für den Durchbruchschmerz?	Wie stark war der Schmerz?	Wo trat der Schmerz auf?	Bitte beschreiben Sie den Schmerz:	Wie hoch war die Fentanyl Ribosepharm-Dosis, die Sie genommen haben?	Wie lange haben die Durchbruchschmerzen angehalten?	Wie stark war der Schmerz nach Fentanyl Ribosepharm?
Datum/Uhrzeit _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag	<input type="checkbox"/> Ja _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein	0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz		<input type="checkbox"/> Stechend <input type="checkbox"/> Ziehend <input type="checkbox"/> Klopfend <input type="checkbox"/> Einschießend <input type="checkbox"/> Ausstrahlend <input type="checkbox"/> Dumpf <input type="checkbox"/> Taub <input type="checkbox"/> Anderer Schmerz _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 200 µg <input type="checkbox"/> 400 µg <input type="checkbox"/> 600 µg <input type="checkbox"/> 800 µg <input type="checkbox"/> 1200 µg <input type="checkbox"/> 1600 µg		0 kein Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

Welche Schmerzmittel nehmen Sie zur Behandlung Ihrer Dauerschmerzen ein?	Name	Dosis	Uhrzeit			
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
	_____		<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Mittags	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts

Notizen: