

Schmerz-Tagebuch

Einfach eintragen

Das Tagebuch
für Patienten



Einfach verstehen.

Dieses Schmerz-Tagebuch gehört:

.....
Name

.....
Straße, Wohnort

Wichtiger Hinweis für Leser

Die inhaltlichen und wissenschaftlichen Informationen in diesem Schmerz-Tagebuch geben den aktuellen Stand zur Zeit der Bearbeitung (siehe Rückseite) wieder. Sie sollen einen ersten Eindruck über das Themengebiet geben, ersetzen jedoch keine ärztliche Beratung. Bitte lesen Sie immer die Packungsbeilage Ihrer Medikamente aufmerksam durch. Eine Gewährleistung oder Haftung für Inhalte oder Informationen aus dieser Publikation kann von der 1 A Pharma GmbH aus den genannten Gründen nicht übernommen werden.

Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie leiden unter Schmerzen, die medikamentös behandelt werden. Da Schmerzen nicht immer gleich stark sind, ist es für Ihren Arzt hilfreich, wenn Sie die Stärke Ihrer Schmerzen selbst dokumentieren. Denn nur derjenige, der den Schmerz selbst empfindet, kann die Schmerzintensität beurteilen.

Zu diesem Zweck wurde Ihnen neben diesem Schmerz-Tagebuch eine Schmerz-Skala ausgehändigt. Diese Schmerz-Skala soll Ihnen dabei helfen, die Intensität Ihres empfundenen Schmerzes in Zahlen auszudrücken.

Die Kombination aus Schmerz-Tagebuch und Schmerz-Skala ermöglicht somit eine genaue Dokumentation Ihres Schmerzverlaufs und gibt Ihnen und Ihrem Arzt einen guten Überblick über den Erfolg der eingeleiteten Schmerztherapie.

Bitte nehmen Sie das ausgefüllte Schmerz-Tagebuch zu jedem Arztbesuch mit.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg
und alles Gute für Ihre Gesundheit!

Ihre 1 A Pharma GmbH

Behandelnder Arzt:

.....
Name

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Wohnort

.....
Telefon

Im Notfall bitte informieren:

.....
Name

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Wohnort

.....
Telefon

Schmerzmedikamente

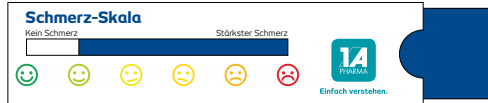
Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Sonstige Medikamente

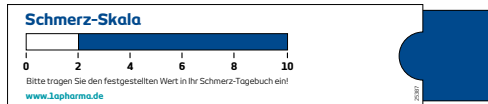
Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Wie funktioniert die Schmerz-Skala?

1. Stellen Sie die aktuelle Schmerzstärke mithilfe des Schiebers so ein, dass eines der „Gesichter“ Ihren empfundenen Schmerz widerspiegelt.



2. Wenn Sie nun die Schmerz-Skala umdrehen, können Sie den Zahlenwert ablesen, der Ihrer momentanen Schmerzstärke entspricht.



3. Kreuzen Sie nun in Ihrem Schmerz-Tagebuch das entsprechende Kästchen an.

4. Neben der Schmerzstärke sind die Beurteilung Ihres Wohlbefindens, Ihres Schlafes sowie Ihres Stuhlgangs ebenfalls wichtige Hinweise, die bei der optimalen Schmerztherapie berücksichtigt werden sollten. Kreuzen Sie auch hier das entsprechende „Gesicht“ an, das Ihrer momentanen Situation am nächsten kommt.

Datum: 20.05.

Schmerzintensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				X
6				
4		X	X	
2	X			
0				

Medikamente / Dosierung

Mustereintrag

Wohlbefinden (bitte ankreuzen)

Schlaf (bitte ankreuzen)

Stuhlgang (bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

.....

Tagebuch

Datum: _____

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung _____

Datum: _____

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung _____

Datum: _____

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung _____

Datum: _____

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung _____

Datum: _____

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung _____

Datum: _____

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung _____

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung _____

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung _____

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung _____

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung _____

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung _____

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung _____

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Datum:

Schmerzintensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerzintensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerzintensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerzintensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerzintensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerzintensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Datum:

Schmerzintensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerzintensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerzintensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerzintensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerzintensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerzintensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Datum:

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung

Service materialien – Einfach bestellen

Datum: _____

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung _____

Datum: _____

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung _____

Datum: _____

Schmerz- intensität	morgens	mittags	abends	nachts
10				
8				
6				
4				
2				
0				

Medikamente / Dosierung _____

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung _____

Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung _____

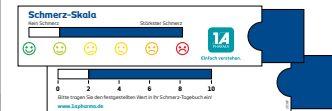
Wohlbefinden
(bitte ankreuzen)

Schlaf
(bitte ankreuzen)

Stuhlgang
(bitte ankreuzen)

gut mittel schlecht

Bemerkung _____



Bestellen Sie Ihren kostenlosen Schmerz-Ratgeber, ein weiteres Schmerz-Tagebuch und die Schmerz-Skala per Fax unter 089 6138825-25 oder im Internet unter www.1apharma.de/service

1 A Pharma GmbH
Keltenring 1 + 3
82041 Oberhaching

Tel.: 089 6138825-0
Fax: 089 6138825-25
www.lapharma.de

Stand: Oktober 2015