



# Kompetenzzentrum für Geriatrie **St. Elisabeth**

FACHKLINIK | REHABILITATION | ALTENPFLEGE

## PATIENTENTAGEBUCH

für Ihre Behandlung

PaTa\_08\_2025

## SEHR GEEHRTE PATIENTEN\*,

dieses Patiententagebuch soll Ihnen und Ihrem Arzt wichtige Erkenntnisse über Ihren Behandlungsfortschritt liefern. Es ermöglicht Ihnen, alle Informationen festzuhalten, die für den reibungslosen Ablauf der Behandlung notwendig sind. Bitte dokumentieren Sie Ihr Wohlbefinden und notieren Sie auftretende Schmerzen oder Nebenwirkungen.

\*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechterneutrale Differenzierung verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

## ANGABEN ZU IHRER PERSON

Name, Vorname:

.....

Geburtsdatum:

.....

Anschrift:

.....

.....

.....

Telefonnummer:

.....



# PATIENTENTAGEBUCH



Kompetenzzentrum  
für Geriatrie **St. Elisabeth**  
FACHKLINIK | REHABILITATION | ALTENPFLEGE

Name, Vorname:

Aufnahmedatum:

.....

.....

Datum / Uhrzeit	Schmerzen?	Wie stark waren die Schmerzen?	Wo trat der Schmerz auf?	Durchgeführte Therapien	persönliches Befinden	Bemerkungen / Sonstiges
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

PaTa\_08\_2025

# PATIENTENTAGEBUCH



Kompetenzzentrum  
für Geriatrie **St. Elisabeth**  
FACHKLINIK | REHABILITATION | ALTENPFLEGE

Name, Vorname:

Aufnahmedatum:

.....

.....

Datum / Uhrzeit	Schmerzen?	Wie stark waren die Schmerzen?	Wo trat der Schmerz auf?	Durchgeführte Therapien	persönliches Befinden	Bemerkungen / Sonstiges
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

PaTa\_08\_2025

# PATIENTENTAGEBUCH



Kompetenzzentrum  
für Geriatrie **St. Elisabeth**  
FACHKLINIK | REHABILITATION | ALTENPFLEGE

Name, Vorname:

Aufnahmedatum:

.....

.....

Datum / Uhrzeit	Schmerzen?	Wie stark waren die Schmerzen?	Wo trat der Schmerz auf?	Durchgeführte Therapien	persönliches Befinden	Bemerkungen / Sonstiges
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

PaTa\_08\_2025

# PATIENTENTAGEBUCH



Kompetenzzentrum  
für Geriatrie **St. Elisabeth**  
FACHKLINIK | REHABILITATION | ALTENPFLEGE

Name, Vorname:

Aufnahmedatum:

.....

.....

Datum / Uhrzeit	Schmerzen?	Wie stark waren die Schmerzen?	Wo trat der Schmerz auf?	Durchgeführte Therapien	persönliches Befinden	Bemerkungen / Sonstiges
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

PaTa\_08\_2025

# PATIENTENTAGEBUCH



Kompetenzzentrum  
für Geriatrie **St. Elisabeth**  
FACHKLINIK | REHABILITATION | ALTENPFLEGE

Name, Vorname:

.....

Aufnahmedatum:

.....

Datum / Uhrzeit	Schmerzen?	Wie stark waren die Schmerzen?	Wo trat der Schmerz auf?	Durchgeführte Therapien	persönliches Befinden	Bemerkungen / Sonstiges
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

PaTa\_08\_2025

# PATIENTENTAGEBUCH



Kompetenzzentrum  
für Geriatrie **St. Elisabeth**  
FACHKLINIK | REHABILITATION | ALTENPFLEGE

Name, Vorname:

Aufnahmedatum:

.....

.....

Datum / Uhrzeit	Schmerzen?	Wie stark waren die Schmerzen?	Wo trat der Schmerz auf?	Durchgeführte Therapien	persönliches Befinden	Bemerkungen / Sonstiges
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

PaTa\_08\_2025



# PATIENTENTAGEBUCH



Kompetenzzentrum  
für Geriatrie **St. Elisabeth**  
FACHKLINIK | REHABILITATION | ALTENPFLEGE

Name, Vorname:

Aufnahmedatum:

.....

.....

Datum / Uhrzeit	Schmerzen?	Wie stark waren die Schmerzen?	Wo trat der Schmerz auf?	Durchgeführte Therapien	persönliches Befinden	Bemerkungen / Sonstiges
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

PaTa\_08\_2025

# PATIENTENTAGEBUCH



Kompetenzzentrum  
für Geriatrie **St. Elisabeth**  
FACHKLINIK | REHABILITATION | ALTENPFLEGE

Name, Vorname:

Aufnahmedatum:

.....

.....

Datum / Uhrzeit	Schmerzen?	Wie stark waren die Schmerzen?	Wo trat der Schmerz auf?	Durchgeführte Therapien	persönliches Befinden	Bemerkungen / Sonstiges
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

PaTa\_08\_2025

# PATIENTENTAGEBUCH



Kompetenzzentrum  
für Geriatrie **St. Elisabeth**  
FACHKLINIK | REHABILITATION | ALTENPFLEGE

Name, Vorname:

Aufnahmedatum:

.....

.....

Datum / Uhrzeit	Schmerzen?	Wie stark waren die Schmerzen?	Wo trat der Schmerz auf?	Durchgeführte Therapien	persönliches Befinden	Bemerkungen / Sonstiges
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

PaTa\_08\_2025

# PATIENTENTAGEBUCH



Kompetenzzentrum  
für Geriatrie **St. Elisabeth**  
FACHKLINIK | REHABILITATION | ALTENPFLEGE

Name, Vorname:

Aufnahmedatum:

.....

.....

Datum / Uhrzeit	Schmerzen?	Wie stark waren die Schmerzen?	Wo trat der Schmerz auf?	Durchgeführte Therapien	persönliches Befinden	Bemerkungen / Sonstiges
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

PaTa\_08\_2025

# PATIENTENTAGEBUCH



Kompetenzzentrum  
für Geriatrie **St. Elisabeth**  
FACHKLINIK | REHABILITATION | ALTENPFLEGE

Name, Vorname:

Aufnahmedatum:

.....

.....

Datum / Uhrzeit	Schmerzen?	Wie stark waren die Schmerzen?	Wo trat der Schmerz auf?	Durchgeführte Therapien	persönliches Befinden	Bemerkungen / Sonstiges
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>	<p>0 kein Schmerz</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 sehr starker Schmerz</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

PaTa\_08\_2025