

# Schmerztagebuch

Durch das Führen dieses Schmerzprotokolls lernen Sie sich selbst besser kennen und lenken Ihren Fokus neben dem Schmerz auch auf Ihre eigenen Möglichkeiten zur Selbsthilfe.



Erfahren Sie mehr zum Umgang mit Schmerzen  
auch auf [www.lysolutions.de](http://www.lysolutions.de)

**sanofi**

## Werden Sie Expert\*in für Ihre persönliche Schmerzsituation und lernen Sie Ihr emotionales Wohlbefinden zu stärken.

Durch das Führen dieses Schmerzprotokolls lernen Sie sich selbst besser kennen und lenken Ihren Fokus neben dem Schmerz auch auf Ihre eigenen Möglichkeiten zur Selbsthilfe.







Ihre Selbsteinschätzung wird geschärft und Sie erkennen Möglichkeiten, das eigene emotionale Wohlbefinden in kleinen Schritten immer weiter zu stärken.

Zudem erhalten Sie und Ihre Ärzt\*innen einen guten Überblick über den zeitlichen Verlauf Ihres Schmerzes, die Intensität, Lokalisation und Ihre mentale Verfassung. So können Sie gemeinsam physische und mentale Zusammenhänge nachvollziehen und geeignete Verhaltens- sowie therapeutische Maßnahmen ableiten.










Legen Sie dieses Protokoll am besten an eine Stelle, an der Sie immer wieder vorbeikommen und in nur ein paar Minuten den Tag reflektieren können. Sie werden sehen – es lohnt sich.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei allen Hinweisen und Videos zum Thema „Mentale Gesundheit“ nicht um eine auf individuelle, krankheitsspezifische Bedürfnisse angepasste Beratung oder Behandlung handelt. Die Hinweise und Übungen ersetzen keinesfalls den ärztlichen Rat. Wenn Sie Beschwerden haben, wenden Sie sich bitte an Ihren/Ihre Ärzt\*in.

## Kleine Hilfe und Beispiele zum Ausfüllen Ihres Schmerzprotokolls

 Datum/ Zeitraum	 Schmerzstelle Körperregion	Mein Schmerzempfinden 0 = Kein Schmerz, 10 = Unerträglicher Schmerz										Beeinträchtigung meiner Tagesaktivität
1.2.23	Schulter, Nacken	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input checked="" type="checkbox"/> 
3.2.23	Kopfschmerzen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input checked="" type="checkbox"/> 

Notieren an außergewöhnlichen Tagen das Datum und wo Sie und wie stark Sie Schmerzen verspürt haben...

Beeinträchtigung meiner Tagesaktivität	Mein emotionales Wohlbefinden	 Bemerkungen/Beschreibung des Schmerzes
<input type="checkbox"/>  <input checked="" type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input checked="" type="checkbox"/> 	morgens besonders starke
<input type="checkbox"/>  <input checked="" type="checkbox"/> 	<input checked="" type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	schwere Kartons getragen

... und kreuzen Sie an, ob der Tag eher positiv oder negativ war.  
Gab es Besonderheiten bei Ihren Schmerzen?

ung	 Eine Kleinigkeit, die mir in diesem Zeitraum gut getan hat.
nders starke	Leichte Bewegungsübungen
ns getragen	Spaziergang mit meinem Hund

... und ganz wichtig: Was hat Ihnen besonders gut getan,  
was war das Highlight des Tages?



Datum/  
Zeitraum



Schmerzstelle  
Körperregion

Mein Schmerzempfinden

1 = Kein Schmerz,  
10 = Unerträglicher Schmerz

Beeinträchtigung  
meiner Tagesaktivität

Mein emotionales  
Wohlbefinden

Datum/ Zeitraum	Schmerzstelle Körperregion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 







Datum/  
Zeitraum



Schmerzstelle  
Körperregion

Mein Schmerzempfinden

1 = Kein Schmerz,  
10 = Unerträglicher Schmerz

Beeinträchtigung  
meiner Tagesaktivität

Mein emotionales  
Wohlbefinden

Datum/ Zeitraum	Schmerzstelle Körperregion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 







Datum/  
Zeitraum



Schmerzstelle  
Körperregion

Mein Schmerzempfinden

1 = Kein Schmerz,  
10 = Unerträglicher Schmerz

Beeinträchtigung  
meiner Tagesaktivität

Mein emotionales  
Wohlbefinden

Datum/ Zeitraum	Schmerzstelle Körperregion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 





Datum/  
Zeitraum



Schmerzstelle  
Körperregion

Mein Schmerzempfinden

1 = Kein Schmerz,  
10 = Unerträglicher Schmerz

Beeinträchtigung  
meiner Tagesaktivität

Mein emotionales  
Wohlbefinden

Datum/ Zeitraum	Schmerzstelle Körperregion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 





Datum/  
Zeitraum



Schmerzstelle  
Körperregion

Mein Schmerzempfinden

1 = Kein Schmerz,  
10 = Unerträglicher Schmerz

Beeinträchtigung  
meiner Tagesaktivität

Mein emotionales  
Wohlbefinden

Datum/ Zeitraum	Schmerzstelle Körperregion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 





Datum/  
Zeitraum



Schmerzstelle  
Körperregion

Mein Schmerzempfinden

1 = Kein Schmerz,  
10 = Unerträglicher Schmerz

Beeinträchtigung  
meiner Tagesaktivität

Mein emotionales  
Wohlbefinden

Datum/ Zeitraum	Schmerzstelle Körperregion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 







Datum/  
Zeitraum



Schmerzstelle  
Körperregion

Mein Schmerzempfinden

1 = Kein Schmerz,  
10 = Unerträglicher Schmerz

Beeinträchtigung  
meiner Tagesaktivität

Mein emotionales  
Wohlbefinden

Datum/ Zeitraum	Schmerzstelle Körperregion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 



# LYSOSOLUTIONS®

Ihr Service bei lysosomalen Speicherkrankheiten



## LYSOLUTIONS®- SERVICECLUB

Vielseitiges Angebot  
für Mitglieder



M. FABRY  
M. GAUCHER  
MPS I  
M. POMPE  
ASMD

Seit über 40 Jahren  
Kompetenz und Erfahrung  
bei lysosomalen  
Speicherkrankheiten



## RECHT & SOZIALES

Informationen zu  
gesundheitspolitischen  
Themen



## MENTALE GESUNDHEIT

Bedürfnisorientierte  
Unterstützung für  
den Alltag



Mehr Informationen zu allen  
Themenbereichen finden Sie  
auf [www.lysosolutions.de](http://www.lysosolutions.de)

Sanofi unterstützt mit dem LysoSolutions®-Service  
Menschen mit lysosomalen Speicherkrankheiten.  
Hierfür arbeiten wir eng mit Expert\*innen und  
Patientenorganisationen zusammen und bieten  
umfassende Unterstützung an.

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH  
Industriepark Höchst | K703 | 65926 Frankfurt  
[www.lysosolutions.de](http://www.lysosolutions.de) | [www.sanofi.de](http://www.sanofi.de)

MAT-DE-2205/52(V1.1)-12/2022-346753