SCHMERZ+ PALLIATIVZENTRUM HAMBURG

Bewegungs - Tagebuch Monat ___ 201__

Name:

Wochentag	Tag	Art der Bewegung	Dauer	Einfluß auf meine Schmerzen			so habe ich mich heute gefühlt			Bemerkungen
		bitte jedesmal eintragen	in Std./min.	negativ	keinen	positiv	schlechter	unverändert	besser	

Viel Freude bei Ihren Übungen !