

# Fibromyalgie Tagebuch

Das vorliegende Tagebuch ist nicht für den Dauergebrauch gedacht. Es dient der exemplarischen Übersicht von Beschwerden bei der Diagnostik und zur Überprüfung der Wirksamkeit therapeutischen Handelns. Es empfiehlt sich das Tagebuch über einen exemplarischen Zeitraum zu führen.

Das Zusatzblatt dient vor allem zur Visualisierung und Dokumentation der Schwierigkeiten im Alltag und der Arbeitswelt, was an verschiedenen Stellen hilfreich sein kann, beispielsweise MDK, Feststellung des GdB etc. Hilfreich wäre es hier besonders, wenn die Inhalte des Tagebuchs in ärztliche Berichte und Gutachten mit einfließen. Das Tagebuch erleichtert dem Arzt im Vergleich zur mündlichen Anamnese diese Punkte vollständig und richtig darzustellen. Bei Widersprüchen kann sich der Patient auf die Aufzeichnungen beziehen, wenn der Arzt deren Verwertung ohne Begründung nicht berücksichtigt.

Schmerzintensität wird mit 1-10 angegeben 10 ist immer die höchste Stufe, bei Beschwerden, stärkstes Vorhandensein. An diesen Skalen lassen sich besonders gut Wirkungen von Therapien und Medikamenten ablesen.

Für den Privaten Gebrauch steht diese Vorlage für Kopien oder Download zur freien Verfügung. Soll diese Vorlage in nicht privatem Rahmen genutzt werden, bitte ich um einen Hinweis auf das Copyright.

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

Datum: \_\_\_\_\_

Medikamente/

Dosis: \_\_\_\_\_

## Schmerz

Schmerzstärke:

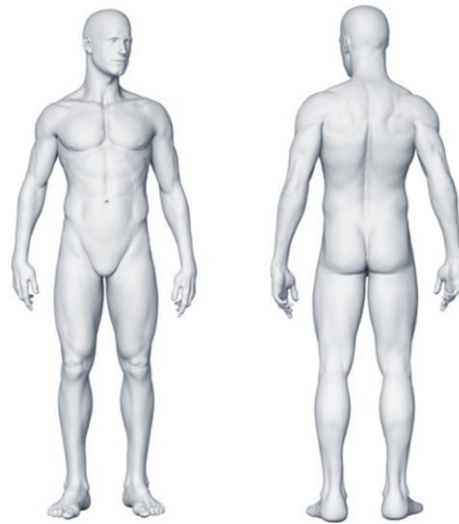
Morgens: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mittags: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nachmittags: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Abends: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nachts: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Schmerzregion

## Andere körperliche Beschwerden

Atembeschwerden	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Bauchschmerzen	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Durchfall	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Gesichtsschmerzen	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Hautjucken	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Herzbeschwerden	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
kalte Hände und Füße	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Kopfschmerz	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Kreislaufbeschwerden	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Migräne	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na

Morgensteifigkeit der Finger und Füße	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Muskelkrämpfe	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Ödeme	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Ohrgeräusche	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Problem im Urogenitalbereich auch Menstruation	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Reizüberempfindlichkeit	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Schwindel	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Sehstörungen	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Trockene Augen	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
trockener Mund	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Übelkeit	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Unterzuckerung	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Vermehrtes Frieren oder Schwitzen	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Zittern	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na

## Psychische Beschwerden

Schlafstörung	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nacht
Negative Gedanken	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Traurigkeit	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Angst	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Nervosität	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Gedankenkreisen	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Alpträume	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nacht
Müdigkeit/ Erschöpfung	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na

Einschlafen tagsüber	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A
Konzentrationsstörungen	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Wortfindungsstörungen	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Antriebsschwäche	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Aggressivität/ Reizbarkeit	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Vergesslichkeit	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Stimmungsschwankungen	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na
Wetterfühligkeit	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mo Mi Nami A Na

### Raum für Ergänzungen und Bemerkungen

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## Zusatzblatt

### Einschränkungen im täglichen Leben/ Hilfebedarf

Zutreffendes bitte ankreuzen	selbständig	mit Hilfe	Nicht möglich
Körperpflege			
Waschen oder Duschen			
Mund-/Zahnpflege			
Kämmen			
Rasieren			
Toilettengang			
Kleidung richten			
Ernährung			
Zubereitung			
Besondere Diäten	Nein/ja	#####	#####
Hauswirtschaftliche Versorgung			
Einkaufen			
Kochen			
Wohnung reinigen			
Spülen			
Wechsel der Wäsche			
Waschen und Bügeln			
Wohnung heizen			
Mobilität außer Haus			
Busfahren			
Autofahren			
Gehstrecken			

### Arbeitswelt

Bitte hier individuelle Schwierigkeiten darstellen (beispielsweise, Tragen, Positionswechsel, Reizeinwirkung, Lärm, Schichtarbeit, Teamarbeit, hohe Fehlerquoten, langsames Arbeiten, Mobbing, Leistungsdruck etc.)

