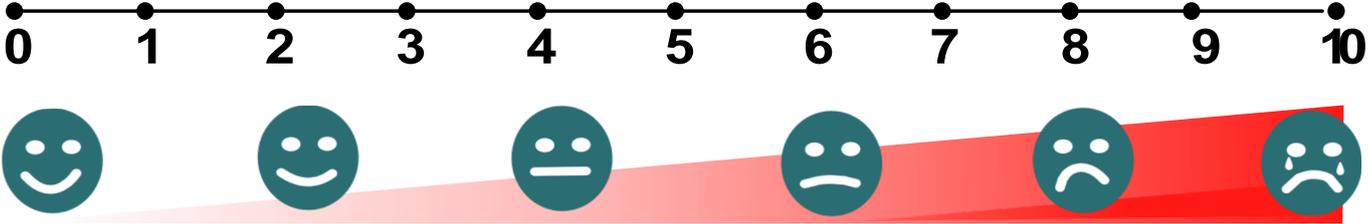


Name: _____

Schmerzskala



am: <input type="text"/>	um: <input type="text"/>	am: <input type="text"/>	um: <input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Schmerzstärke: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Maßnahme: <input type="text"/>	<input type="text"/>

am: <input type="text"/>	um: <input type="text"/>	am: <input type="text"/>	um: <input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Schmerzstärke: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Maßnahme: <input type="text"/>	<input type="text"/>

am: <input type="text"/>	um: <input type="text"/>	am: <input type="text"/>	um: <input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Schmerzstärke: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Maßnahme: <input type="text"/>	<input type="text"/>

am: <input type="text"/>	um: <input type="text"/>	am: <input type="text"/>	um: <input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Schmerzstärke: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Maßnahme: <input type="text"/>	<input type="text"/>

am: <input type="text"/>	um: <input type="text"/>	am: <input type="text"/>	um: <input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Schmerzstärke: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Maßnahme: <input type="text"/>	<input type="text"/>

am: <input type="text"/>	um: <input type="text"/>	am: <input type="text"/>	um: <input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Schmerzstärke: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Maßnahme: <input type="text"/>	<input type="text"/>

am: <input type="text"/>	um: <input type="text"/>	am: <input type="text"/>	um: <input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Schmerzstärke: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Maßnahme: <input type="text"/>	<input type="text"/>