SCHMERZ+ PALLIATIVZENTRUM HAMBURG

# Bewegungs - Tagebuch

**Name**: **Monat:** 202

| 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 !*

© Schmerz- und Palliativzentrum Hamburg (CIS) GmbH