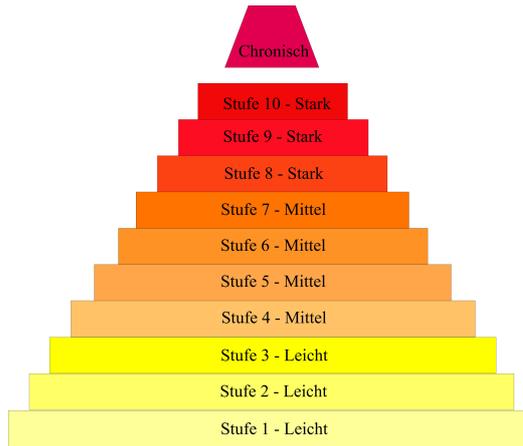


Schmerzpyramide



Schmerzform: _____

Dauer: _____

Datum: _____

Bei leichten Schmerzen hat mir geholfen:

Bei mittleren Schmerzen hat mir geholfen:

Bei starken Schmerzen hat mir geholfen:
