Pijndagboek

Naam:
Geboortedatum:

Jaartal:

Datum	**Tijdstip**	**Pijn** Waar voel je de pijn?	**Intensiteit** Getal van 0 naar 10 (waarbij 0 geen pijn is en 10 ergste pijn ooit)	**Duur** In minuten	**Omstandigheden/Bezigheden** Wie? Wat? Waar?	**Gedachten** Wat denk je? Welke gedachten gaan door je hoofd?