Nom Prénom Echelle: 0 = Pas de douleur / 10 = Enormement de douleur

Semaine 1 du _____ / _____ / _____ au _____ / _____ / _____								**Sans bracelet**
	LUNDI	**MARDI**	**MERCREDI**	**JEUDI**	**VENDREDI**	**SAMEDI**	**DIMANCHE**	**MOYENNE DE LA SEMAINE**
Quand avez-vous des douleurs? Notez cette/ces douleur(s) (Echelle 0 - 10) Notez cette/ces douleur(s) après balançement (Echelle 0 - 10)								/10 Notes:
Moyenne du jour	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	

Semaine 2 du _____ / _____ / _____ au _____ / _____ / _____								**Avec bracelet**
	LUNDI	**MARDI**	**MERCREDI**	**JEUDI**	**VENDREDI**	**SAMEDI**	**DIMANCHE**	**MOYENNE DE LA SEMAINE**
Avez-vous porté le bracelet?	**Oui / Non**	**Oui / Non**	**Oui / Non**	**Oui / Non**	**Oui / Non**	**Oui / Non**	**Oui / Non**	
Quand avez-vous des douleurs? Notez cette/ces douleur(s) (Echelle 0 - 10) Notez cette/ces douleur(s) après balançement (Echelle 0 - 10)								/10 Notes:
Moyenne du jour	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	

Semaine 3 du _____ / _____ / _____ au _____ / _____ / _____								Avec bracelet
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE	MOYENNE DE LA SEMAINE
Avez-vous porté le bracelet?	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	
Quand avez-vous des douleurs? Notez cette/ces douleur(s) (Echelle 0 - 10) Notez cette/ces douleur(s) après balançement (Echelle 0 - 10)								/10 Notes:
Moyenne du jour	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	

Semaine 4 du _____ / _____ / _____ au _____ / _____ / _____								Avec bracelet
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE	MOYENNE DE LA SEMAINE
Avez-vous porté le bracelet?	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	
Quand avez-vous des douleurs? Notez cette/ces douleur(s) (Echelle 0 - 10) Notez cette/ces douleur(s) après balançement (Echelle 0 - 10)								/10 Notes:
Moyenne du jour	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	

Name Vorname Scala: 0 = Kein Schmerz / 10 = Sehr starker Schmerz

WOCHE 1 von _____ / _____ / _____ bis _____ / _____ / _____								**OHNE BAND**
	MONTAG	**DIENSTAG**	**MITTWOCH**	**DONNERSTAG**	**FREITAG**	**SAMSTAG**	**SONNTAG**	**DURCHSCHNITT WOCHE**
Wann haben Sie Schmerzen? Benoten Sie den/die Schmerz/en (Scala 0 - 10) Benoten dieselben Schmerzen nach dem Pendeln (Scala 0 - 10)								**/10** *Bemerkungen:*
Tagesdurchschnitt	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	

WOCHE 2 von _____ / _____ / _____ bis _____ / _____ / _____								**MIT BAND**
	MONTAG	**DIENSTAG**	**MITTWOCH**	**DONNERSTAG**	**FREITAG**	**SAMSTAG**	**SONNTAG**	**DURCHSCHNITT WOCHE**
Haben Sie das Band getragen?	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	
Wann haben Sie Schmerzen? Benoten Sie den/die Schmerz/en (Scala 0 - 10) Benoten Sie dieselben Schmerzen nach dem Pendeln (Scala 0 - 10)								/10 Bemerkungen:
Tagesdurchschnitt	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	

WOCHE 3 von _____ / _____ / _____ bis _____ / _____ / _____ MIT BAND								
	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG	DURCHSCHNITT WOCHE
Haben Sie das Band getragen?	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	/10 Bemerkungen:
Wann haben Sie Schmerzen? Benoten Sie den/die Schmerz/en (Scala 0 - 10) Benoten Sie dieselben Schmerzen nach dem Pendeln (Scala 0 - 10)								
Tagesdurchschnitt	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	

WOCHE 4 von _____ / _____ / _____ bis _____ / _____ / _____ MIT BAND								
	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG	DURCHSCHNITT WOCHE
Haben Sie das Band getragen?	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	**Ja / Nein**	/10 Bemerkungen:
Wann haben Sie Schmerzen? Benoten Sie den/die Schmerz/en (Scala 0 - 10) Benoten Sie dieselben Schmerzen nach dem Pendeln (Scala 0 - 10)								
Tagesdurchschnitt	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	**/10**	

Name Surnale Scala: 0 = No pain / 10 = Really strong pain

WEEK 1 from _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ WITHOUT BRACELET								
	MONDAY	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY	SATURDAY	SUNDAY	AVERAGE OF THE WEEK
When do you feel pain? Mark this/those pain(s) (Scala 0 - 10) Mark this/those same pain(s) after swinging (Scala 0 - 10)								/10 Remarks:
Average of the day	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	

WOCHE 2 von _____ / _____ / _____ bis _____ / _____ / _____ MIT BAND								
	MONDAY	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY	SATURDAY	SUNDAY	AVERAGE OF THE WEEK
Did you wear the bracelet?	**Yes / No**	**Yes / No**	**Yes / No**	**Yes / No**	**Yes / No**	**Yes / No**	**Yes / No**	/10 Remarks:
When do you feel pain? Mark this/those pain(s) (Scala 0 - 10) Mark this/those same pain(s) after swinging (Scala 0 - 10)								
Average of the day	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	

WEITNA