



---

# Schmerztagebuch für Patienten

Fentanyl Aristo<sup>®</sup>  
Buccaltabletten

Dieses Schmerztagebuch für Patienten ist verpflichtender Teil der Zulassung von Fentanyl Aristo® Buccaltabletten in den Wirkstärken 100 Mikrogramm (µg), 200 Mikrogramm (µg), 400 Mikrogramm (µg), 600 Mikrogramm (µg) und 800 Mikrogramm (µg) für die Indikation tumorbedingte Durchbruchschmerzen und wurde als zusätzliche risikominimierende Maßnahme beauftragt, um das Risiko der unsachgemäßen Verwendung, des Missbrauches und der Weitergabe an Unbefugte zu reduzieren und das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Fentanyl Aristo® Buccaltabletten zu erhöhen. Dieses Schmerztagebuch für Patienten zur Anwendung von Fentanyl Aristo® Buccaltabletten soll daher sicherstellen, dass Patienten die besonderen Sicherheitsanforderungen bei der Anwendung von Fentanyl Aristo® Buccaltabletten kennen und berücksichtigen.

Weitere Informationen zu behördlich angeordnetem Schulungsmaterial und der „Blauen Hand“ finden Sie unter:

**[www.bfarm.de/schulungsmaterial](http://www.bfarm.de/schulungsmaterial)** und  
**[www.aristo-pharma.de/de/arsneimittelsicherheit](http://www.aristo-pharma.de/de/arsneimittelsicherheit)**

**Notieren Sie Ihr Schmerzempfinden und die Einnahme Ihrer Schmerzmedikamente in diesem Tagebuch.**

**Warum notieren?** In diesem Schmerztagebuch können Sie für – am besten ab sofort – vier Wochen lang an jedem Tag für drei Tageszeiten Ihre aktuelles Schmerzempfinden festhalten. Je lückenloser Sie das tun, umso aussagekräftiger werden Ihre Aufzeichnungen. Für Sie selbst, aber auch für Ihren Arzt, den Sie damit bei der Beurteilung seiner Maßnahmen unterstützen, um eine optimale Therapie für Sie zu finden.

**Keine Sorge:** Das Schmerzerleben ist sehr unterschiedlich und es gibt kein Richtig oder Falsch. Maßgebend ist allein Ihr Gefühl.

**Bringen Sie bitte das Patiententagebuch mit Ihren Eintragungen zu jedem Arztbesuch mit.**

# Meine Daten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

WENN ICH HILFE BENÖTIGE, BITTE

Name: \_\_\_\_\_ ANRUFEN.

Telefon: \_\_\_\_\_

BEHANDELNDE ÄRZTIN / BEHANDELNDER ARZT Adresse / Arztstempel)

# Meine Medikamente – Dauerschmerz

Medikamente, die ich regelmäßig für die Behandlung meiner **Dauerschmerzen** einnehme (Basistherapie):

Bitte zusammen mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt ausfüllen.

ab Datum	Medikament	Einnahme (bitte ankreuzen)				
		morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts

ANMERKUNGEN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Meine Medikamente – Durchbruchschmerz

## Fentanyl Aristo® Buccaltabletten, die ich bei Bedarf für die Behandlung meiner Durchbruchschmerzen einnehme:

Bitte zusammen mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt ausfüllen.

ab Datum	Wirkstärke (bitte ankreuzen)				
	100 Mikro-gramm (µg)	200 Mikro-gramm (µg)	400 Mikro-gramm (µg)	600 Mikro-gramm (µg)	800 Mikro-gramm (µg)

ANMERKUNGEN

### Hinweis

Bitte folgen Sie den Therapieempfehlungen Ihrer Ärztin/Ihres Arztes und verändern Sie nicht eigenmächtig die Dosierung Ihrer Medikamente, ohne dies mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt zu besprechen. Beenden Sie die Schmerztherapie nicht ohne Rücksprache mit Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt.

# Schmerzskala

## Wie messe ich die Stärke meines Schmerzes?

Die untenstehende Abbildung zeigt eine Schmerzskala von 0 (keinerlei Schmerzen) bis 10 (stärkste vorstellbare Schmerzen). Wählen Sie die Schmerzstärke aus, die Ihrer persönlichen Wahrnehmung entspricht, und tragen Sie diese in Ihr Patiententagebuch ein.



Bitte lesen Sie den von Ihnen bestimmten Wert ab und tragen Sie ihn in Ihr Tagebuch ab Seite 10 ein.

# Einträge für Dauerschmerzen

Wie trage ich Angaben zu meinen Dauerschmerzen ein?

**Montag**

Tageszeit	morgens	mittags	abends
😊	1	1	1
↑	2	2	2
	3	3	3
	4	4	4
	5	5	5
	6	6	6
	7	7	7
	8	8	8
↓	9	9	9
☹️	10	10	10

Bitte **markieren Sie die Stärke Ihres Dauerschmerzes** (siehe Schmerzskala, Seite 7)

Tagesaktivitäten	morgens	mittags	abends
Wohlbefinden	😊	☒	☹️
Stuhlgang	😊	☒	☹️
Schlaf	☒	☹️	☹️
Übelkeit	😊	☒	☹️

Bitte **kreuzen Sie an, wie Sie Ihr Befinden** hinsichtlich der genannten Punkte an diesem Tag **bewerten** (gut, mittel, schlecht).

Bemerkungen:

# Einträge für Durchbruchschmerzen

Wie trage ich Angaben zu meinen Durchbruchschmerzen ein?

**Montag**

	1	2	3	4	5
Uhrzeit	11:18:30				
Dauer (Min.)	18:45				
😊	1	1	1	1	1
↑	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3
	4	4	4	4	4
	5	5	5	5	5
	6	6	6	6	6
	7	7	7	7	7
	8	8	8	8	8
	9	9	9	9	9
☹️	10	10	10	10	10

Bitte **tragen Sie die Uhrzeit des Beginns und die Dauer Ihrer Durchbruchschmerzen** ein.

Bitte **markieren Sie die Stärke Ihres Durchbruchschmerzes** (siehe Schmerzskala, Seite 7)

Bitte **kreuzen Sie an, ob sie die Durchbruchschmerz-Episode mit Fentanyl Aristo® Buccaltabletten behandelt haben oder ob sie keine Behandlung angewendet haben.**

Behandlung mit Fentanyl Aristo® Buccaltabletten

keine	☒				
ja	😊	😊	😊	😊	😊
etwas	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️
nein	☒	☹️	☹️	☹️	☹️

Bemerkung:

Bitte **kreuzen Sie an, wie Sie Ihr Befinden** hinsichtlich der genannten Punkte an diesem Tag **bewerten** (gut, mittel, schlecht).

# Dauerschmerz | Woche ab dem .....

	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag		
			morgens	mittags	morgens	mittags	morgens	mittags	morgens	mittags	morgens	mittags	morgens	mittags	morgens
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:	

←————→

Tagesaktivitäten  
 Wohlbefinden  
 Stuhlgang  
 Schlaf  
 Übelkeit

# Durchbruchschmerz

	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:	

Uhrzeit  
 Dauer (Min.)

←————→

Behandlung mit Fentanyl/Aristo® Buccaltablets keine  
 Besserung ja  
 etwas  
 nein

Bemerkung:

	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends	morgens	abends
1	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
2	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
3	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
4	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
5	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
6	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
7	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
8	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
9	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
10	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Tagesaktivitäten	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Wohlbefinden	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Stuhlgang	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Schlaf	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Übelkeit	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Bemerkungen:																		
Bemerkungen:																		
Bemerkungen:																		
Bemerkungen:																		



## Durchbruchschmerz

	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
1	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊			
2	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊			
3	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊			
4	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊			
5	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊			
6	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊			
7	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊			
8	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊			
9	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊			
10	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊			
Uhrzeit																		
Dauer (Min.)																		
	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Behandlung mit Fentanyl/Aristo® Buccaltablets keine	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Besserung ja	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
etwas	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
nein	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Bemerkung:																		



Behandlung mit Fentanyl/Aristo® Buccaltablets keine Besserung ja etwas nein

	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag				
			morgens	mittags	abends	morgens	mittags	abends	morgens	mittags	abends	morgens	mittags	abends			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4			
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5			
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6			
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7			
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8			
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9			
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			
←————→																	
Tagesaktivitäten Wohlbefinden Stuhlgang Schlaf Übelkeit																	
Bemerkungen:			Bemerkungen:			Bemerkungen:			Bemerkungen:			Bemerkungen:			Bemerkungen:		

## Durchbruchschmerz

	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag				
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
←————→																	
Uhrzeit Dauer (Min.)																	
Behandlung mit Fentanyl/Aristo® Buccaltablets keine																	
Besserung ja etwas nein																	
Bemerkung:			Bemerkung:			Bemerkung:			Bemerkung:			Bemerkung:			Bemerkung:		



	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag		
			morgens	mittags	morgens	mittags	morgens	mittags	morgens	mittags	morgens	mittags	morgens	mittags	morgens
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:	



Tagesaktivitäten	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Wohlbefinden	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Stuhlgang	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Schlaf	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Übelkeit	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺

## Durchbruchschmerz

	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag				
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Uhrzeit																	
Dauer (Min.)																	
☺	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:		Bemerkungen:	



Behandlung mit Fentanyl/Aristo® Buccaltablets keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besserung ja	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
etwas	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
nein	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Bemerkung:																	

# Notizen

Weitere Medikamente, Notizen ...

# Notizen

Weitere Medikamente, Notizen ...

Version 1.3 – Februar 2020

Arzneimittel meiner Wahl



Dieses Schmerztagebuch sowie eine Broschüre für Patienten sind erhältlich bei:  
**Aristo Pharma GmbH**, Wallenroder Straße 8–10, 13435 Berlin,  
Tel. +49 30 71094–4200, E-Mail: [drug-safety@aristo-pharma.de](mailto:drug-safety@aristo-pharma.de) oder unter  
folgender URL: [www.aristo-pharma.de/de/arnzeimittelsicherheit](http://www.aristo-pharma.de/de/arnzeimittelsicherheit) und auf der  
BfArM-Webseite: [www.bfarm.de/schulungsmaterial](http://www.bfarm.de/schulungsmaterial)

