


Gesundheitstagebuch



Ein 30-Tage-Journal mit Anleitung



Hybrid

Erstellt mit LoomJournals

So verwendest du dieses Journal

Willkommen bei deinem Journal! Hier sind einige Tipps, um das Beste daraus zu machen:

- 1 Nimm dir jeden Tag ein paar Minuten zum Schreiben
- 2 Sei ehrlich und schreibe frei, ohne zu urteilen
- 3 Versuche, jeden Tag zur gleichen Zeit zu schreiben, um eine Gewohnheit aufzubauen
- 4 Lies deine Einträge wöchentlich durch, um Muster zu erkennen

-
- Fill in the tracker each evening: rate your mood, energy, pain, and stress, log sleep hours and water intake, and check off exercise and medication
 - In the "How I feel today" section, describe your overall physical and mental state in a few sentences
 - Use "Symptoms & changes" to note anything new or ongoing — headaches, digestive issues, skin changes, etc.
 - Write down questions or observations under "Notes for my doctor" so you are prepared for your next appointment
 - Review your entries weekly to identify trends and share relevant pages with your healthcare provider



Scanne für eine ausführliche Anleitung zu diesem Journal

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen Zustand — Energie, ...)*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende Symptome, Nebenwirkungen oder Veränderungen...)*

Arztnotizen *(Fragen, Bedenken oder Beobachtungen für deinen nächsten Arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Energielevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen Zustand — Energie, ...)*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende Symptome, Nebenwirkungen oder Veränderungen...)*

Arztnotizen *(Fragen, Bedenken oder Beobachtungen für deinen nächsten Arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Energielevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen Zustand — Energie, ...)*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende Symptome, Nebenwirkungen oder Veränderungen...)*

Arztnotizen *(Fragen, Bedenken oder Beobachtungen für deinen nächsten Arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Energielevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen Zustand — Energie, ...)*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende Symptome, Nebenwirkungen oder Veränderungen...)*

Arztnotizen *(Fragen, Bedenken oder Beobachtungen für deinen nächsten Arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Energielevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...)*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...)*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen Zustand — Energie, ...)*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende Symptome, Nebenwirkungen oder Veränderungen...)*

Arztnotizen *(Fragen, Bedenken oder Beobachtungen für deinen nächsten Arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Energielevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...)*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...)*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Energielevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Energielevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Energielevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen Zustand — Energie, ...)*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende Symptome, Nebenwirkungen oder Veränderungen...)*

Arztnotizen *(Fragen, Bedenken oder Beobachtungen für deinen nächsten Arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Energielevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Energielevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*

Datum: _____

Stimmung (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Energielevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schlafstunden: _____

Schlafqualität: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Schmerzlevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Stresslevel (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Gläser Wasser: _____

Bewegung:

Medikament eingenommen



Gesundheitsnotizen *(beschreibe deinen allgemeinen körperlichen und emotionalen zustand — energie, ...*

Symptome & Veränderungen *(neue oder anhaltende symptome, nebenwirkungen oder veränderunge...*

Arztnotizen *(fragen, bedenken oder beobachtungen für deinen nächsten arztbesuch)*
