


Periodentagebuch



Ein 30-Tage-Journal mit Anleitung



Tracker



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



Scanne für eine ausführliche Anleitung zu diesem Journal

Periodentagebuch

Datum: _____

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Zyklustag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Zyklusphase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blutungsstärke	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Schmerzlevel (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Stimmung (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energielevel (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heißhunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notizen	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notizen

Periodentagebuch

Datum: _____

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Zyklustag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Zyklusphase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blutungsstärke	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Schmerzlevel (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Stimmung (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energielevel (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heißhunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notizen	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notizen

Periodentagebuch

Datum: _____

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Zyklustag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Zyklusphase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blutungsstärke	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Schmerzlevel (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Stimmung (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energielevel (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heißhunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notizen	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notizen

Periodentagebuch

Datum: _____

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Zyklustag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Zyklusphase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blutungsstärke	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Schmerzlevel (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Stimmung (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energielevel (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heißhunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notizen	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notizen

Periodentagebuch

Datum: _____

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Zyklustag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Zyklusphase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blutungsstärke	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Schmerzlevel (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Stimmung (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energielevel (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heißhunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notizen	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notizen
