

---



# Schwangerschaftstagebuch

---



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 your current pregnancy week and weight each day
  - Rate your mood, energy, nausea, and sleep quality
  - Log baby movements, water intake, exercise, and vitamins
  - Mark prenatal appointment days to keep a medical timeline
  - Write freely about your feelings, cravings, and any letters to your baby



Scanne für eine ausführliche Anleitung zu diesem Journal

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

**Datum:** \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:

**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:

**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:

**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:

**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:

**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:

**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:



**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Woche: \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

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

Übelkeit:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

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

Kindsbewegungen: \_\_\_\_\_

Gläser Wasser: \_\_\_\_\_

Bewegung:

Vitamine eingenommen:

Vorsorgetermin:

**Schwangerschaftsreflexion** *(wie fühlst du dich heute — körperlich und emotional? notiere meilenstein...*

**Gelüste & Abneigungen** *(welche lebensmittel begehrt du und welche stoßen dich ab? irgendwelche ne...*

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