

---



# Symptomtagebuch

---



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 top tracker section each day — rate your pain, severity, mood, energy, sleep quality, and stress on a 1-10 scale, and check off if you took medication
  - In the Symptom Details section, describe what you felt: the type of sensation, location, when it started, and how long it lasted
  - Use Triggers & Context to note what you were doing, eating, or experiencing before symptoms appeared
  - Log your medications, doses, and what helped or worsened symptoms in the Medication & What Helped section
  - Use Notes for My Doctor to jot down questions, concerns, or observations for your next appointment
  - Review your entries weekly to identify recurring patterns and share them with your healthcare provider



Scanne für eine ausführliche Anleitung zu diesem Journal

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

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

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen:



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen

**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen:



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

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

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen:



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen:



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen:



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

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

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

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

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen:



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen:



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

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

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen:



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

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

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

Medikament eingenommen:



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

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

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

Medikament eingenommen



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---

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

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

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

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

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Medikament eingenommen:



**Symptomdetails** *(beschreibe jedes symptom: was du fühlst, wo genau, wann es begann, wie lange es an...)*

---

---

---

---

**Auslöser & Kontext** *(was hast du getan, gegessen oder gefühlt, bevor die symptome auftraten? notiere ...)*

---

---

---

---

**Medikamente & Linderung** *(eingenommene medikamente (name, dosis, uhrzeit). was hat symptome g...)*

---

---

---

---