



+

## Mein Tagebuch zum Hypoparathyreoidismus

Wichtige persönliche Notizen zur Dokumentation von  
Gesundheitsstatus, Therapie und Notfallsituationen

## Hinweise zur Nutzung dieses Tagebuchs

Dieses Tagebuch unterstützt Sie bei der Dokumentation Ihres Hypoparathyreoidismus und darf nur von Ärzten oder medizinischem Fachpersonal ausgegeben werden. Die Dokumentation können Sie dann z. B. als Grundlage für Ihre Arztgespräche nutzen. Bitte beachten Sie jedoch, dass das Tagebuch keine therapeutischen oder diagnostischen Informationen zur Verfügung stellt und weder therapeutische noch diagnostische Empfehlungen gibt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der eingetragenen Informationen sind Sie allein verantwortlich bzw. Ihr behandelnder Arzt, sofern er z. B. Eintragungen bei den Therapieanwendungen vornimmt.

Das Tagebuch zum Hypoparathyreoidismus wird kostenfrei von Takeda für Patienten mit Hypoparathyreoidismus bereitgestellt.

## Danksagung

Wir danken **Dr. Gwendolin Etzrodt-Walter (Ulm)**, **Professor Dr. Stefanie Hahner (Würzburg)** und **Professor Dr. Heide Siggelkow (Göttingen)** für die fachliche Unterstützung bei der Entwicklung dieses Tagebuchs.

# Meine Daten

## Persönliche Angaben

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht  m  w

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Berufstätig  ja  nein Beruf \_\_\_\_\_

Raucher  ja  nein wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Alkohol  ja  nein wenn ja, wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_

Allergien  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sportliche Aktivität  ja  nein wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_ h/Woche

Bei welcher Intensität?  leicht  moderat  fordernd  intensiv

Diesen Sport betreibe ich: \_\_\_\_\_

## Meine Diagnose Hypoparathyroidismus

Zeitpunkt der Diagnose (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_

Ursache der Erkrankung \_\_\_\_\_

## Weitere Erkrankungen

Erkrankung \_\_\_\_\_ Zeitpunkt der Diagnose (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_

Erkrankung \_\_\_\_\_ Zeitpunkt der Diagnose (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_

Erkrankung \_\_\_\_\_ Zeitpunkt der Diagnose (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_

Mein Hausarzt (Stempel/Unterschrift)

Mein behandelnder Facharzt (Stempel/Unterschrift)

## Im Notfall zu benachrichtigen

Name \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

# Therapieanweisung meines Arztes

## Aktuelle Therapie meines Hypoparathyreoidismus

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Dosis/Tag	Einnahmezeit/Besonderheit

## Weitere Medikamente

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Dosis/Tag	Einnahmezeit/Besonderheit

## Hypoparathyreoidismus – was ist das?

Hypoparathyreoidismus ist eine **seltene endokrine Erkrankung**, die dadurch hervorgerufen wird, dass dem Körper zu wenig oder gar kein **Parathormon (PTH)** zur Verfügung steht. PTH wird in den Nebenschilddrüsen, die sich im Hals befinden, gebildet und spielt eine wichtige Rolle für die Erhaltung des **Elektrolytgleichgewichts** (insbesondere von Kalzium und Phosphat) im Körper. Wenn Ihr Körper nicht ausreichend PTH bilden kann, ist Ihr Kalziumspiegel im Blut wahrscheinlich zu niedrig und Ihr Phosphatspiegel zu hoch.

### Die Rolle des Parathormons



Das PTH sorgt in der Niere für die Aufnahme von **Kalzium** und die Ausscheidung von **Phosphat**.



PTH aktiviert **Vitamin D in den Nieren**, welches dem Körper hilft, Kalzium und Phosphat aus der Nahrung über den Darm aufzunehmen.



PTH stimuliert die Freisetzung von **Kalzium und Phosphat aus den Knochen**.

Eine **gestörte PTH-Funktion** kann den normalen **Elektrolythaushalt** des Körpers erheblich **beeinträchtigen**. Das kann zu einem **zu niedrigen Kalziumspiegel** und zu einem **hohen Phosphatspiegel** im Blut führen.

## Ursachen des Hypoparathyreoidismus

Patienten mit Hypoparathyreoidismus hatten in den meisten Fällen (zu etwa 75 %) eine Schilddrüsenoperation. Wenn sich Ihre Kalzium- und PTH-Spiegel im Blut nicht innerhalb von 6 Monaten wieder normalisiert haben, besteht möglicherweise ein chronischer Hypoparathyreoidismus. In manchen Fällen ist die Ursache für das Auftreten des Hypoparathyreoidismus autoimmun oder genetisch bedingt, in sehr seltenen Fällen ist die Ursache nicht bekannt (idiopathisch).

## Diagnose des Hypoparathyreoidismus

Die Diagnose wird unter Berücksichtigung Ihrer Symptome von Hypokalzämie, Blutuntersuchungen (Kalzium-, Phosphat-, Magnesium-, Vitamin D- und Parathormonspiegel), Urinuntersuchungen, Halsoperationen und der Familienanamnese gestellt.

## Therapie des Hypoparathyreoidismus

Die Behandlung des Hypoparathyreoidismus konzentriert sich auf die Erhaltung eines ausreichenden Kalziumspiegels im Blut durch orale Einnahme von Kalzium und aktivem Vitamin D. Bei Patienten mit Hypoparathyreoidismus werden die Kalziumspiegel in der Regel so eingestellt, dass sie sich am unteren Ende des Normalbereichs bewegen (bei etwa 2,1 bis 2,3 mmol/l), um eine Hyperkalziurie (Risiko der Nierenverkalkung) und Hyperkalzämie (Kalziumüberschuss) zu vermeiden. Dabei ist das Ziel, Symptome und Zeichen einer Hypokalzämie zu vermeiden.

# Notfallsituationen erkennen

Der Kalziumspiegel im Blut sinkt durch die Erkrankung ab und muss mit Medikamenten in den Referenzbereich (Bereich der Normalwerte) gebracht werden. Bei Veränderungen in Therapie, Gesundheitszustand und Lebensalltag kann es zu gefährlichen **Hypo- oder Hyperkalzämien** kommen, die von Ihnen erkannt und ärztlich behandelt werden müssen (Symptome orientiert am InSeNSU-Notfallausweis).

### Hypokalzämie (Kalziummangel)

- + Kribbeln und Taubheitsgefühl
- + Bauchkrämpfe, Muskelkrämpfe
- + Halsenge
- + Kurzatmigkeit, Giemen (geräuschvolles Atmen)
- + Reizbarkeit
- + Verwirrtheit, Gedächtnis-, Konzentrations- und Orientierungsstörungen
- + Depression
- + Ungewöhnlich schneller, langsamer oder unregelmäßiger Herzschlag

### Hyperkalzämie (Kalziumüberschuss)

- + Gesteigerter Durst, trockener Mund
- + Vermehrtes Wasserlassen
- + Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit
- + Bauchschmerzen, Verstopfung
- + Muskelschwäche
- + Schläfrigkeit, Kopfweh
- + Gedächtnis-, Konzentrations- und Orientierungsstörungen
- + Bluthochdruck, ungewöhnlich schneller, langsamer oder unregelmäßiger Herzschlag

Wenn Sie mehrere der oben genannten Symptome bemerken, könnte dies ein Anzeichen eines drohenden Notfalls sein. Hier ist es wichtig, schnell und richtig zu reagieren. Rufen Sie einen Arzt, wenn nötig.

# Symptome des Hypoparathyreoidismus

Hypoparathyreoidismus kann zu einer Vielzahl von unterschiedlichen Symptomen führen, die in drei Kategorien unterteilt werden können: körperliche, kognitive (Wahrnehmung, Denken) und psychische Symptome.

Körperliche Symptome	Kognitive Symptome	Psychische Symptome
+ Müdigkeit	+ „Hirnnebel“ / geistige Lethargie	+ Ängstlichkeit/Angst
+ Muskelschmerzen/Krämpfe	+ Konzentrationsschwäche	+ Traurigkeit
+ Kribbeln (Parästhesien)	+ Gedächtnisverlust/ Vergesslichkeit	+ Gefühl, missverstanden zu werden
+ Muskelspasmen (Tetanie)	+ Schlafstörungen	+ Leichte Reizbarkeit / überkritisches Verhalten
+ Gelenk- oder Knochen-schmerzen	+ Unfähigkeit, eine komplizierte Aufgabe / mehrere Aufgaben zu durchdenken	+ Sozialer Rückzug

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, wenn Sie Fragen zu den Symptomen des Hypoparathyreoidismus haben!

## Wie füllen Sie das Tagebuch aus?

- + Tragen Sie Monat und Jahr im dafür vorgesehenen Feld oben rechts ein
- + Kreuzen Sie in der Tabelle gegebenenfalls Ihre Symptome (körperlich, kognitiv, psychisch) sowie eventuelle Infektionen und Krankmeldungen an
- + Ergänzen Sie gegebenenfalls die Spalte „Erklärungen“ mit der genauen Symptomatik (schwerwiegende Symptome/Ereignisse ergänzen Sie bitte auf der jeweiligen Rückseite)
- + Kreuzen Sie Ihr Gesamtbefinden an (  sehr gut  gut  schlecht  sehr schlecht )

## Tagebuch

Monat/Jahr 01/2021

Tag	Symptome			Infektionen	Krank-meldung	Erklärungen zu den Symptomen	Wie fühlen Sie sich?			
	körperlich	kognitiv	psychisch				sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht
1	<input checked="" type="checkbox"/>					Muskelschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input checked="" type="checkbox"/>					Muskelschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atemwegsinfekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atemwegsinfekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# Tagebuch

Monat/Jahr \_\_\_\_\_

Tag	Symptome			Infektionen	Krankmeldung	Erklärungen zu den Symptomen	Wie fühlen Sie sich?			
	körperlich	kognitiv	psychisch				sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht
1							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Besonderheiten des Monats

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_



# Tagebuch

Monat/Jahr \_\_\_\_\_

Tag	Symptome			Infektionen	Krankmeldung	Erklärungen zu den Symptomen	Wie fühlen Sie sich?			
	körperlich	kognitiv	psychisch				sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht
1							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Besonderheiten des Monats

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

# Tagebuch

Monat/Jahr \_\_\_\_\_

Tag	Symptome			Infektionen	Krankmeldung	Erklärungen zu den Symptomen	Wie fühlen Sie sich?			
	körperlich	kognitiv	psychisch				sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht
1							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Besonderheiten des Monats

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

# Tagebuch

Monat/Jahr \_\_\_\_\_

Tag	Symptome			Infektionen	Krankmeldung	Erklärungen zu den Symptomen	Wie fühlen Sie sich?			
	körperlich	kognitiv	psychisch				sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht
1							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Besonderheiten des Monats

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

# Tagebuch

Monat/Jahr \_\_\_\_\_

Tag	Symptome			Infektionen	Krankmeldung	Erklärungen zu den Symptomen	Wie fühlen Sie sich?			
	körperlich	kognitiv	psychisch				sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht
1							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Besonderheiten des Monats

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_



# Tagebuch

Monat/Jahr \_\_\_\_\_

Tag	Symptome			Infektionen	Krankmeldung	Erklärungen zu den Symptomen	Wie fühlen Sie sich?			
	körperlich	kognitiv	psychisch				sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht
1							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Besonderheiten des Monats

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

# Tagebuch

Monat/Jahr \_\_\_\_\_

Tag	Symptome			Infektionen	Krankmeldung	Erklärungen zu den Symptomen	Wie fühlen Sie sich?			
	körperlich	kognitiv	psychisch				sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht
1							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Besonderheiten des Monats

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

# Tagebuch

Monat/Jahr \_\_\_\_\_

Tag	Symptome			Infektionen	Krankmeldung	Erklärungen zu den Symptomen	Wie fühlen Sie sich?			
	körperlich	kognitiv	psychisch				sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht
1							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Besonderheiten des Monats

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

# Tagebuch

Monat/Jahr \_\_\_\_\_

Tag	Symptome			Infektionen	Krankmeldung	Erklärungen zu den Symptomen	Wie fühlen Sie sich?			
	körperlich	kognitiv	psychisch				sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht
1							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Besonderheiten des Monats

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_



# Tagebuch

Monat/Jahr \_\_\_\_\_

Tag	Symptome			Infektionen	Krankmeldung	Erklärungen zu den Symptomen	Wie fühlen Sie sich?			
	körperlich	kognitiv	psychisch				sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht
1							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Besonderheiten des Monats

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

# Tagebuch

Monat/Jahr \_\_\_\_\_

Tag	Symptome			Infektionen	Krankmeldung	Erklärungen zu den Symptomen	Wie fühlen Sie sich?			
	körperlich	kognitiv	psychisch				sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht
1							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Besonderheiten des Monats

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

# Tagebuch

Monat/Jahr \_\_\_\_\_

Tag	Symptome			Infektionen	Krankmeldung	Erklärungen zu den Symptomen	Wie fühlen Sie sich?			
	körperlich	kognitiv	psychisch				sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht
1							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Besonderheiten des Monats

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_

---

Datum (von/bis): \_\_\_\_\_

Welche besonderen gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen der Beschwerden ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

nein  ja (bitte im Folgenden ankreuzen)

Arztpraxis

Krankenhaus/Klinik      Wurden Sie eingewiesen?  nein  ja

Notarzt

Haben Sie wegen der Beschwerden Ihre Medikamentendosierung angepasst?

nein       ja (wenn ja, welche und wie?) \_\_\_\_\_









Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG  
Jägerstraße 27  
10117 Berlin  
[www.takeda.de](http://www.takeda.de)