



+

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	X					Muskelschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	X					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				X	X	Atemwegsinfekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5				X	X	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
Potsdamer Str. 125
10783 Berlin
www.takeda.de