

Datum:	Beschwerdeintensität (NRS/VAS)										Beschwerde	Schalfqualität	Schlafdauer	Menstruation	Menstruationsbeschwerden	Trinkmenge	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dauer in Std.:	VAS	Stunden	VAS	Art	Liter
01.																	
02.																	
03.																	
04.																	
05.																	
06.																	
07.																	
08.																	
09.																	
10.																	
11.																	
12.																	
13.																	
14.																	
15.																	
16.																	
17.																	
18.																	
19.																	
20.																	
21.																	
22.																	
23.																	
24.																	
25.																	
26.																	
27.																	
28.																	
29.																	
30.																	
31.																	
Summe:																	

Behandlungstage sind mit "rot" zu markieren.

Bitte tragen Sie täglich Ihre Hauptbeschwerden in dies Tagebuch ein.

0 = keine Beschwerden, 10 = unvorstellbar starke Beschwerden