

DATUM

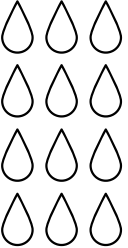
M D M D F S S

Daily symptom tracker

SYMPTOME

#	Symptom/Art der Beschwerden/betroffene Körperstelle	Stärke	Dauer	Aktivitäten/ Ernährung/... vorher	Emotionen/ Gedanken	Einfluss	Lösungsversuche/ Erkenntnisse
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

ERNÄHRUNG

<p>Trinken</p> 	Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Snacks	Süßigkeiten, Kaffee,...
---	-----------	-------------	------------	--------	-------------------------

DAS HABE ICH FÜR MICH GETAN:

Was?	Effekt?

STIMMUNG HEUTE

