Symptomtagebuch

ZAVA

Datum	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
Traten Beschwerden auf?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ neinn
Wenn ja, welche Beschwerden?							
Stärke der Symptome (Einschätzung von 0-10)							
Zeitpunkt	☐ vormittags ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ nachts	☐ vormittags ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ nachts	☐ vormittags ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ nachts	☐ vormittags ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ nachts	☐ vormittags ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ nachts	☐ vormittags ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ nachts	☐ vormittags ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ nachts
möglicher Auslöser / Verstärker							
eingenommene Medikamente (inkl. Dosis, Einnahmezeit)							
Haben die Medikamente geholfen?	☐ ja ☐ teilweise ☐ nein	☐ ja ☐ teilweise ☐ nein	☐ ja ☐ teilweise ☐ nein	☐ ja ☐ teilweise ☐ nein	☐ ja ☐ teilweise ☐ nein	☐ ja ☐ teilweise ☐ nein	☐ ja ☐ teilweise ☐ nein