

BESCHWERDEPROTOKOLL

 Bewertung der Beschwerden: von **0** (keine Beschwerden) bis **10** (extreme Beschwerden)

Datum ▶											
Erschöpfung											
Konzentration/ Merkfähigkeit/Hirnebel											
Psychische Stabilität											
Schlafqualität											
Kopfschmerzen											
Lichtempfindlichkeit											
Augenbrennen											
Magen- o. Darmbeschwerden											
Übelkeit											
Halsschmerzen											
Gliederschmerzen											
Gelenkschmerzen											
Muskelschmerzen											
Schwindel											
Kreislaufprobleme											

Name