

Datum:

	Skala	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Schritte	Zahl							
Körperliche Aktivität	1 - 10							
geistige Aktivität	1 - 10							
emotionale Aktivität	1 - 10							
Aktivität insgesamt	1 - 10							
subjektives Schlafgefühl	ankreuzen <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht						
Erschöpfungsgrad Morgens, Mittags, Abends	1 - 10							
Schmerz Morgens, Mittags, Abends	1 - 10							
Brainfog Morgens, Mittags, Abends	1 - 10							
Region, wo schmerzen heute besonders stark sind	Text							
Krankheitsgefühl, z.B. CFS Schnupfen	ankreuzen Text							
Symptome gesamt	1 - 10							
Crash?	ankreuzen							
Anmerkungen, Was habe ich heute gemacht	Beschreibung							