

Symptomübersicht

Name: _____

Monat/Jahr Zykl.beginn _____

Gewicht: _____ kg

Alter: _____

Tag	1. Zyklushälfte														2. Zyklushälfte																	
Zyklustag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Symptome																																
Blutung x/xx/xxx																																
Unterleibsschmerzen																																
Rückenschmerzen																																
Stimme/heiser																																
Augen verschwommen																																
Wasser Füße/Hände																																
Haut/Akne																																
Gelenkschmerzen																																
Halluxschmerzen																																
Kopfschmerzen																																
Stimmungstief																																
Brustschmerzen																																
Ausfluss																																
Schlecht geschlafen																																
Verstopfungen																																
Bewegung Kurs/Freiz.																																

Monat/Jahr Zykl.beginn _____

Tag	1. Zyklushälfte														2. Zyklushälfte																	
Zyklustag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Symptome																																
Blutung x/xx/xxx																																
Unterleibsschmerzen																																
Rückenschmerzen																																
Stimme/heiser																																
Augen verschwommen																																
Wasser Füße/Hände																																
Haut/Akne																																
Gelenkschmerzen																																
Halluxschmerzen																																
Kopfschmerzen																																
Stimmungstief																																
Brustschmerzen																																
Ausfluss																																
Schlecht geschlafen																																
Verstopfungen																																
Bewegung Kurs/Freiz.																																

Monat/Jahr Zykl.beginn _____

Tag	1. Zyklushälfte														2. Zyklushälfte																	
Zyklustag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Symptome																																
Blutung x/xx/xxx																																
Unterleibsschmerzen																																
Rückenschmerzen																																
Stimme/heiser																																
Augen verschwommen																																
Wasser Füße/Hände																																
Haut/Akne																																
Gelenkschmerzen																																
Halluxschmerzen																																
Kopfschmerzen																																
Stimmungstief																																
Brustschmerzen																																
Ausfluss																																
Schlecht geschlafen																																
Verstopfungen																																
Bewegung Kurs/Freiz.																																

Monat/Jahr Zykl.beginn _____

Tag	1. Zyklushälfte														2. Zyklushälfte																	
Zyklustag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Symptome																																
Blutung x/xx/xxx																																
Unterleibsschmerzen																																
Rückenschmerzen																																
Stimme/heiser																																
Augen verschwommen																																
Wasser Füße/Hände																																
Haut/Akne																																
Gelenkschmerzen																																
Halluxschmerzen																																
Kopfschmerzen																																
Stimmungstief																																
Brustschmerzen																																
Ausfluss																																
Schlecht geschlafen																																
Verstopfungen																																
Bewegung Kurs/Freiz.																																

