



## Tägliche Aufzeichnung

Wetterlage am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr (möglichst Abendstunden auswählen)

 Wind aus: Nord  Nordost  Ost  Südost  Süd  Südwest  West  Nordwest 

 Windstill  leichte Brise  windig  stark windig  böig  stürmisch 

 Temperatur außen: \_\_\_\_\_ °Grad / Art: Trocken  Sonnig  Feucht  Regen  Schnee 

1ne Rotor-Umdrehung in \_\_\_\_\_ Sekunden

## Gesundheitlicher Zustand am darauffolgenden Morgen / \_\_\_\_\_ Uhr

 Leichter Kopfdruck: ..... nein  ja 

 Starker Kopfdruck: ..... nein  ja 

 Kopfschmerzen: ..... nein  ja  Kopf-Mitte  Kopf-Hinten  Stirn 

 Kopfgeräusche: ..... nein  ja  Pulsieren  Dröhnen 

 Ohrengeräusche: ..... nein  ja  Rauschen  Brummen  Sonstiges 

 Ohrendruck: ..... nein  ja 

 Ohrenscherzen: ..... nein  ja  gering  stechend 

 Druck auf / in der Brust: ..... nein  ja 

 Druck auf Lunge: ..... nein  ja 

 Harndrang in der Nacht: ..... nein  ja  \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ Uhr

 2 Std. vor dem Zu-Bettgehen an Flüssigkeit getrunken 0,5 Ltr.  1,0 Ltr.  1,5 Ltr.  2,0 Ltr.  mehr 

 Muskelverspannungen: .....nein  ja  an Halswirbel  Schulter  Rücken  Waden 

 Schlafstörungen: ..... nein  ja 

 Schlecht einschlafen : ..... nein  ja  in der Nacht aufgewacht  kein Tiefschlaf 

 Vibration des Bettes: ..... nein  ja 

 Vibration des Körpers: .....nein  ja 

 Vibration im Bauch: .....nein  ja 

 Drehschwindel n. d. Aufwachen: .nein  ja 

 Schlafzustand am Morgen: ausgeschlafen  unausgeschlafen  erschöpft  nervös 

 Allgemeiner Gesundheitszustand: gut  mittelmäßig  schlecht 

## Treten zusätzliche Symptome auf?

 Sehstörungen  Augendruck  Konzentrationsstörungen  Sprachprobleme  Atemnot 

 Magenschmerzen  Müdigkeit  Nasenbluten  Herzrhythmusstörungen  Geblähter Bauch 

 Übelkeit  Magen-Darm Probleme  Gelegentliche Angstzustände  Neigung zur Depression 

Sonstiges: \_\_\_\_\_

NAME: ..... PLZ/ORT: .....

ALTER: ..... Jahre      DATUM: .....      UNTERSCHRIFT: .....