



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

Windrad-Umdrehungen pro Minute: _____ (Anzahl)

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: