











































Behandlungstagebuch von:

Produkt-Bezeichnung:

morgens auszufüllen							
Tag & Datum	Körpertemp. morgens	Gespritzte Dosis (in mg)					
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

abends auszufüllen			
Rötung	Befinden	Bemerkungen	Körpertemp. abends
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C

morgens auszufüllen							
Tag & Datum	Körpertemp. morgens	Gespritzte Dosis (in mg)					
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	_____ °C	0,01 <input type="checkbox"/>	0,1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

abends auszufüllen			
Rötung	Befinden	Bemerkungen	Körpertemp. abends
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C
Ø = _____ cm	  		_____ °C

Mein Behandlungstagebuch

Dokumentationshilfe für Patientinnen und Patienten

Bitte dokumentieren Sie in den Tabellen Ihre persönlichen Angaben und Erfahrungen mit der Misteltherapie und besprechen Sie den Behandlungsverlauf mit Ihrer behandelnden medizinischen Fachperson.

morgens auszufüllen							
Tag & Datum	Körpertemp. morgens	Gespritzte Dosis (in mg)					
Montag 06.12.2021	37 °C	0,01	0,1	1	10	20
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) Bitte tragen Sie Wochentag und Datum ein, an dem Sie die Injektion durchführen.

2) Messen Sie bitte **vor der Injektion** Ihre Körpertemperatur und tragen Sie den Wert hier ein.

3) Bitte kreuzen Sie hier Ihre verwendete Dosierung an. Diese ist auf jeder Ampulle angegeben.

abends auszufüllen			
Rötung	Befinden	Bemerkungen	Körpertemp. abends
Ø = ____ cm	😊 <input checked="" type="checkbox"/> 😞	weniger Schmerzen, mehr Appetit	38 °C

4) Wenn innerhalb von 12 Stunden nach der Injektion eine Rötung auftritt, tragen Sie bitte den Durchmesser in cm ein.

5) Kreuzen Sie bitte an, wie Ihr allgemeines Befinden ist (Smileys).

6) Tragen Sie hier zusätzliche Informationen ein, z.B. Verbesserungen, Verschlechterungen (Müdigkeit, Schmerzen, Appetit, Schlaf), Besonderheiten bei der Injektion oder ggf. Nebenwirkungen.

7) Am Abend des Injektionstages messen Sie erneut Ihre Körpertemperatur und tragen den Wert hier ein.

