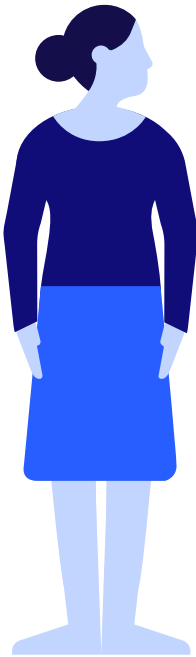


Schmerztagebuch

Nachname:

Vorname:

Monat:



Schmerzbewertung 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 22 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31



Weitere Symptome

Blutungen

Eisprung

Wasserlassen

Stuhlgang