



Fieber, erhöhte Temperatur	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Vermehrtes Schwitzen	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Hitzewallungen	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Krampfanfälle	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Erschöpfung, Antriebslosigkeit	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Zittern	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Schlafstörungen	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Alpträume	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Rückenschmerzen	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Muskelschmerzen	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Gelenkschmerzen	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Innere Unruhe	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Reizbarkeit	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Niedergeschlagenheit	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
Ängstlichkeit	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
<b>Weitere Beschwerden</b> (bitte benennen):			
	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
	0-----1-----2-----3	O ja	O nein
	0-----1-----2-----3	O ja	O nein

For Non-Commercial Use Only