

Behandlungstagebuch von:

Produkt-Bezeichnung:

| morgens auszufüllen |                     |                                  |                                 |                               |                                |                                |                                   |
|---------------------|---------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Tag & Datum         | Körpertemp. morgens | Gespritzte Dosis (in mg)         |                                 |                               |                                |                                |                                   |
|                     | _____ °C            | 0,01<br><input type="checkbox"/> | 0,1<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> | 20<br><input type="checkbox"/> | .....<br><input type="checkbox"/> |
|                     | _____ °C            | 0,01<br><input type="checkbox"/> | 0,1<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> | 20<br><input type="checkbox"/> | .....<br><input type="checkbox"/> |
|                     | _____ °C            | 0,01<br><input type="checkbox"/> | 0,1<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> | 20<br><input type="checkbox"/> | .....<br><input type="checkbox"/> |
|                     | _____ °C            | 0,01<br><input type="checkbox"/> | 0,1<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> | 20<br><input type="checkbox"/> | .....<br><input type="checkbox"/> |
|                     | _____ °C            | 0,01<br><input type="checkbox"/> | 0,1<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> | 20<br><input type="checkbox"/> | .....<br><input type="checkbox"/> |
|                     | _____ °C            | 0,01<br><input type="checkbox"/> | 0,1<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> | 20<br><input type="checkbox"/> | .....<br><input type="checkbox"/> |
|                     | _____ °C            | 0,01<br><input type="checkbox"/> | 0,1<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> | 20<br><input type="checkbox"/> | .....<br><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<br><input type="checkbox"/> | 0,1<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> | 20<br><input type="checkbox"/> | .....<br><input type="checkbox"/> |
|                     | _____ °C            | 0,01<br><input type="checkbox"/> | 0,1<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> | 20<br><input type="checkbox"/> | .....<br><input type="checkbox"/> |
|                     | _____ °C            | 0,01<br><input type="checkbox"/> | 0,1<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> | 20<br><input type="checkbox"/> | .....<br><input type="checkbox"/> |
|                     | _____ °C            | 0,01<br><input type="checkbox"/> | 0,1<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> | 20<br><input type="checkbox"/> | .....<br><input type="checkbox"/> |
|                     | _____ °C            | 0,01<br><input type="checkbox"/> | 0,1<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> | 20<br><input type="checkbox"/> | .....<br><input type="checkbox"/> |
|                     | _____ °C            | 0,01<br><input type="checkbox"/> | 0,1<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> | 20<br><input type="checkbox"/> | .....<br><input type="checkbox"/> |
|                     | _____ °C            | 0,01<br><input type="checkbox"/> | 0,1<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> | 10<br><input type="checkbox"/> | 20<br><input type="checkbox"/> | .....<br><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<br>22.05.2023 | 37 °C               | <input checked="" type="checkbox"/> 0,01 | <input type="checkbox"/> 0,1 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 20 |

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 type="checkbox"/> 😊 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 😞 | weniger Schmerzen,<br>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.

