Name: geb.: Homöopathika:

Datum EA: Hauptbeschwerde: 1 = sehr gut 10 = sehr schlecht

Verlauf Symptom	**Datum**	**Datum**	**Datum**	**Datum**	**Datum**	**Datum**	**Datum**	**Datum**	**Datum**	**Datum**	**Datum**	**Datum**
1												
2												
3												
4												
5												
Energie												
Schlaf												
Verdauung Appetit												
Temperatur-empfinden												
Gemüt												
Sonstiges												