

ME/CFS-Symptomtagebuch

Name: _____

Datum: _____

Tägliche Übersicht

1. Schlaf (1–10)

- Schlafqualität: _____

- Gesamtschlafdauer (in Stunden): _____

- Unterbrechungen (Ja/Nein): _____

2. Energielevel (1–10)

- Morgens: _____

- Mittags: _____

- Abends: _____

3. Aktivitätsübersicht

Uhrzeit	Aktivität	Dauer (Minuten)	Empfundene Anstrengung (1–10)

4. Symptome (Bewertung 1–10)

- Erschöpfung: _____
- Schmerzen: _____
- Konzentrationsprobleme: _____
- Schwindel: _____
- Übelkeit: _____
- Andere Symptome: _____

5. Ruhepausen

Uhrzeit	Art der Pause (z. B. Liegen, Meditation)	Dauer (Minuten)	Wirkung (1–10)

6. Ernährung und Flüssigkeit

- Mahlzeiten: _____

- Wasser (Menge in Litern): _____
- Nahrungsergänzungsmittel: _____

7. Besondere Auslöser und Ereignisse

- Stresssituationen: _____

- Wetterveränderungen:

- Sonstige Beobachtungen:

8. Gesamteindruck (Freitext)

Wie war der Tag insgesamt? Gab es Verbesserungen oder Verschlechterungen?