VERLAUFSPARAMETER VON	ARZNEIMITTEL	POTENZHÖHE	DATUM	BLATT NR
•	•	•	•	•

DATUM	**1** (SEHR GUT) – **10** (SEHR SCHLECHT) SYMPTOMBERWERTUNG DURCH DEN PATIENT (ZUR VORLAGE BEIM NÄCHSTEN TERMIN)	SYMPTOM und/oder NOTIZ
•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•