Name: _____

Bitte tragen Sie für jede Stunde ein, welcher Zustand überwiegend auf Sie zutrifft. Bei Zustandswechsel innerhalb einer Stunde können Sie auch zwei Zustandsbilder in einer Stunde ankreuzen.

Datum:.....

Uhrzeit, Medikamenteneinnahme ↓	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4
Unerträgliche Überbewegungen																								
Überbewegungen																								
Gute Beweglichkeit																								
Steifheit/Zittern																								
Unbeweglichkeit/Schweres Zittern																								
Schlaf																								

Datum:.....

Uhrzeit, Medikamenteneinnahme ↓	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4
Unerträgliche Überbewegungen																								
Überbewegungen																								
Gute Beweglichkeit																								
Steifheit/Zittern																								
Unbeweglichkeit/Schweres Zittern																								
Schlaf																								

Datum:.....

Uhrzeit, Medikamenteneinnahme ↓	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4
Unerträgliche Überbewegungen																								
Überbewegungen																								
Gute Beweglichkeit																								
Steifheit/Zittern																								
Unbeweglichkeit/Schweres Zittern																								
Schlaf																								