

PMS-Kalender von: _____

Menstruationsbeginn am: _____

Folgende Symptome

konnte ich feststellen: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Niedergeschlagenheit, Verstimtheit

Interessenverlust

Aggressivität, Reizbarkeit

Innere Unruhe, Ängstlichkeit

Müdigkeit, Antriebslosigkeit

Stimmungsschwankungen, Labilität

Gesteigerter Appetit

Heißhunger z.B. auf Süßes

Schlafstörungen

Geschwollene Gliedmaßen

Gewichtsschwankungen

Unterleibskrämpfe

Kopf- und Rückenschmerzen

Blähungen

Andere Schmerzen oder Beschwerden:

a)

b)

Meine Körpertemperatur morgens:

Meine Menstruation war ...:

schwach mittel stark

... und ich konnte eine Verbindung feststellen zu:

Ernährung

Ruhe

Bewegung

Stress

Freizeit

Sexualität

Medikament

Alkohol

Andere:

a)

b)

Meine Anmerkungen:
