

SITUATION**FYSISKE
SYMPTOMER****INTENSITET
1-10**Hvad skete der
omkring eller i mig?Hvad mærkede
jeg i min krop?Hvor voldsomt ople-
vede jeg symptomet?1 = næsten ikke
10 = værste nogensinde

Mandag

Tirsdag

Onsdag

Torsdag

Fredag

Lørdag

Søndag