

Verlaufsbericht

zum vereinbarten Gesprächstermin am:..... umUhr
mit Dr. med. J. Rohwer

Name:.....

Datum des letzten Termins:..... Datum dieses Berichtes:.....

Arzneimittel..... Arzneimittleinnahme am:.....

Arzneimittel erneut eingenommen am:.....

bei folgenden Beschwerden und Symptomen:

-
-
-
-
-
-
-

Beobachtete Reaktionen und Veränderungen:

- 1.) Beschwerde-/Symptomveränderungen während der *ersten Stunden/Tage* nach der Einnahme, evtl. sogenannte Erstverschlimmerungen (bitte auch Angaben zu deren Zeitpunkt und Dauer):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.) **Beschwerden/Symptome, die sich im folgenden Verlauf *besserten***
(bitte angeben wann und um wie viel Prozent):

- -

- -

- -

3.) **Beschwerden/Symptome, die sich im folgenden Verlauf *nicht veränderten*:**

- -

- -

- -

4.) **Beschwerden/Symptome, die sich im folgenden Verlauf *verstärkten***
(bitte angeben wann und um wie viel Prozent):

- -

- -

5.) **Beschwerden/Symptome, die sich im Verlauf *neu* entwickelten oder die, aus der Vergangenheit *vor* der Einnahme bekannt, *erneut* erschienen**
(bitte mit Angaben zu Zeitpunkt und Dauer):

.....

.....

.....

.....

.....

6.) **Veränderungen des Allgemeinbefindens bzw. der Energie (aktuell, im Vergleich zur Zeit vor der Einnahme):**% besser% schlechter unverändert

7.) **Veränderungen der Gemütsverfassung, der Stimmung (aktuell, im Vergleich zur Zeit vor der Einnahme):** % besser % schlechter unverändert

8.) **sonst. Mitteilungen:**.....

kurz vor dem Termin

bitte senden an: Dr. J. Rohwer, Kronsfordter Allee 5, 23560 Lübeck Fax: 0451-70 98 99 50