

Name: Fastenstart/Datum:

FASTENTAG	TAG	TAG	TAG	TAG	TAG	TAG	TAG
Allgemeinzustand: körperlich, seelisch, geistig							
Gewicht							
Blutdruck							
Ph-Wert							
Basica: Wie oft?							
Stuhlgang: Häufigkeit. Auffälligkeiten?							
Salztag: Ja/Nein Dosis?							
Urin: Farbe/Geruch?							
Zunge: Belag? Verändert?							
Sonstiges							