

Stimmungstagebuch

Name: _____

Behandlungswoche: _____

Ihr Stimmungstagebuch verschafft Ihnen und Ihrem Therapeuten einen genauen Überblick über den Verlauf Ihres Befindens. Führen Sie täglich Ihr Stimmungstagebuch. Tragen Sie ein, wie "gut" bzw. "schlecht" Sie sich morgens, mittags, nachmittags, abends und nachts fühlten. Notieren Sie unbedingt, was Ihre Stimmung jeweils beeinflusst hat und mit welchen Mitteln Sie selbst Ihre Stimmung verändern konnten.

Datum	Tageszeit	Auslöser für meine Stimmung z. B. Stress, Konflikte, Wetter, Schlafmangel, Alkohol, Langeweile ...	extrem gut	gut	befriedigend	ausreichend	schlecht	extrem schlecht	Mein Beitrag zur Stimmungsänderung z. B. Aktivitäten, Bewegung, Kontakte, positive Gedanken, Medikamente, Genuss
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Montag	morgens	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	mittags	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	nachmittags	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	abends	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	nachts	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Dienstag	morgens	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	mittags	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	nachmittags	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	abends	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	nachts	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mittwoch	morgens	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	mittags	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	nachmittags	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	abends	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	nachts	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Donnerstag	morgens	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	mittags	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	nachmittags	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	abends	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	nachts	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Stimmungstagebuch

Name: _____

Behandlungswoche: _____

Ihr Stimmungstagebuch verschafft Ihnen und Ihrem Therapeuten einen genauen Überblick über den Verlauf Ihres Befindens. Führen Sie täglich Ihr Stimmungstagebuch. Tragen Sie ein, wie "gut" bzw. "schlecht" Sie sich morgens, mittags, nachmittags, abends und nachts fühlten. Notieren Sie unbedingt, was Ihre Stimmung jeweils beeinflusst hat und mit welchen Mitteln Sie selbst Ihre Stimmung verändern konnten.

Datum	Tageszeit	Auslöser für meine Stimmung z. B. Stress, Konflikte, Wetter, Schlafmangel, Alkohol, Langeweile ...	Stimmung					Mein Beitrag zur Stimmungsänderung z. B. Aktivitäten, Bewegung, Kontakte, positive Gedanken, Medikamente, Genuss
			extrem gut	gut	befriedigend	ausreichend	schlecht	
Freitag	morgens							
	mittags							
	nachmittags							
	abends							
	nachts							
Samstag	morgens							
	mittags							
	nachmittags							
	abends							
	nachts							
Sonntag	morgens							
	mittags							
	nachmittags							
	abends							
	nachts							