

Zeitpunkt	Übelkeit			Erbrechen		
Beginn der Chemotherapie, Datum: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
	Wenn Ja, wann und wie stark? leicht mittel stark	Hat die Übelkeit Ihren Tagesablauf beeinträchtigt?		Wenn Ja, wie oft:		
1. Tag nach Beginn	morgens <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mittags <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> abends <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="text"/> -mal
2. Tag nach Beginn	morgens <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mittags <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> abends <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="text"/> -mal
3. Tag nach Beginn	morgens <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mittags <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> abends <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="text"/> -mal
4. Tag nach Beginn	morgens <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mittags <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> abends <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="text"/> -mal