

(TÄGLICH)

SELBSTPFLEGE

DATUM ____ / ____ / ____

S M T W T F S

CHECKLISTE

- | | |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MACHEN SIE IHR BETT. NEHMEN SIE IHRE | <input type="checkbox"/> NIMM EIN LANGES BAD |
| <input type="checkbox"/> MEDIKAMENTE UND VITAMINE. | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> HAUTPFLEGEROUTINE. GESUNDE | <input type="checkbox"/> EINEN FREUND ODER EINE FAMILIE |
| <input type="checkbox"/> MAHLZEITEN. GEHEN SIE SPAZIEREN. | <input type="checkbox"/> ANRUFEN, MEDITIEREN, EINEN |
| <input type="checkbox"/> PUTZEN SIE DAS HAUS. WÄSCHE WASCHEN. | <input type="checkbox"/> FILM ANSEHEN, EIN HAUSTIER |
| <input type="checkbox"/> HÖREN SIE MUSIK. MACHEN SIE EIN | <input type="checkbox"/> ODER EINEN MENSCHEN |
| <input type="checkbox"/> NICKERCHEN. MACHEN SIE EINE PAUSE IN | <input type="checkbox"/> KUSCHELN, EIN NEUES |
| <input type="checkbox"/> DEN SOZIALEN MEDIEN | <input type="checkbox"/> RESTAURANT AUSPROBIEREN, SICH |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ZEIT ZUM LESEN NEHMEN, EIN |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NEUES REZEPT AUSPROBIEREN, |
| | <input type="checkbox"/> KEIN TELEFON 30 MINUTEN VOR |

TRAINIEREN

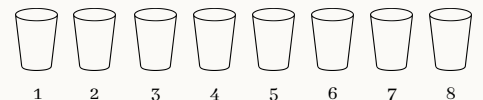
- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CARDIO | <input type="checkbox"/> GEWICHT | <input type="checkbox"/> YOGA |
| <input type="checkbox"/> STRECKEN | <input type="checkbox"/> RUHETAG | <input type="checkbox"/> ANDERE |

DINGE, DIE MICH HEUTE
GLÜCKLICH MACHEN

STUNDENSCHLAFEN (STD)



WASSERHAUSHALT (GLAS)



STIMMUNG

