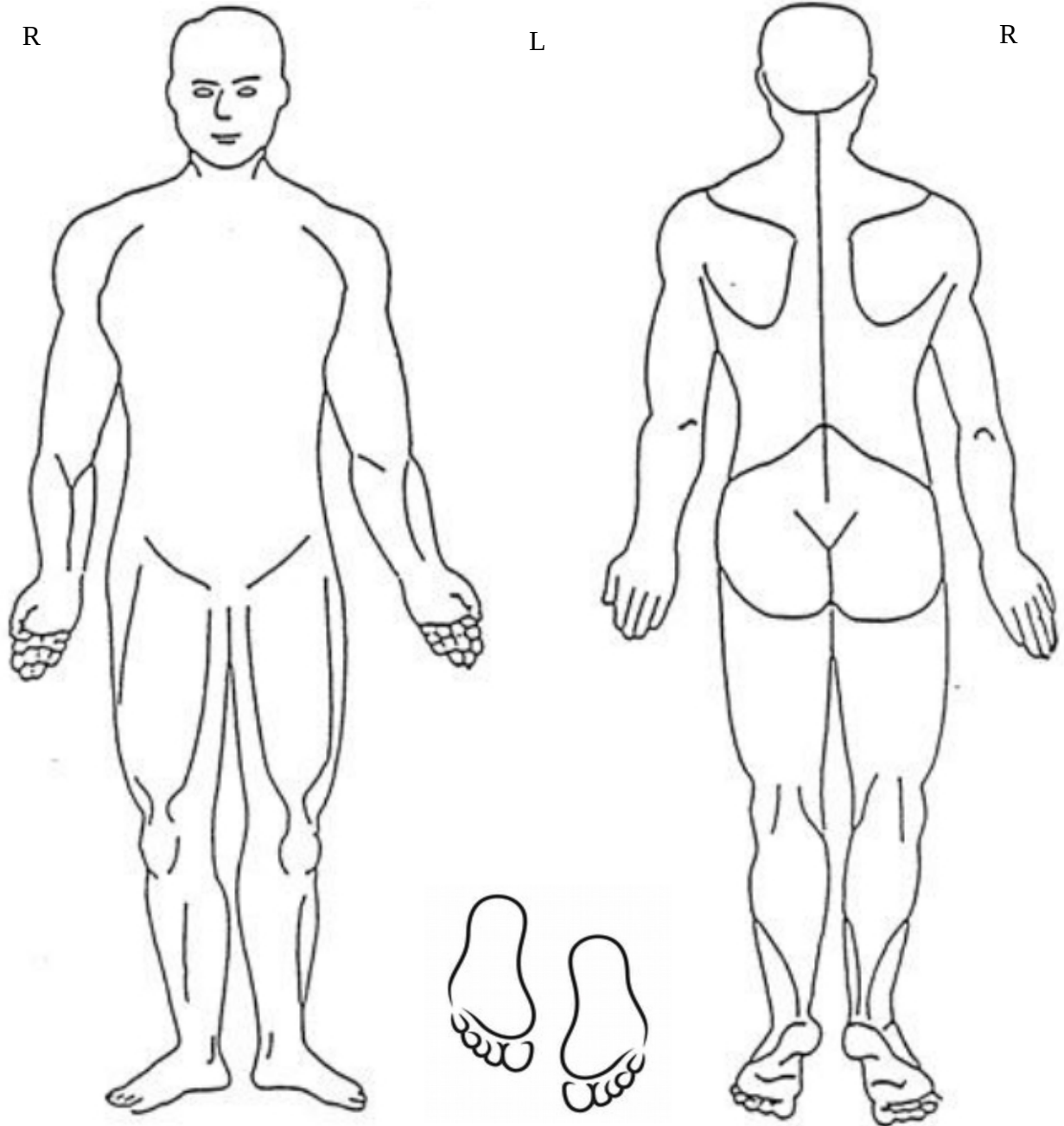


Name: ..... Dosis ..... Datum .....



ERSCHÖPFBARKEIT	HUNGERZITTERN	VERSTOPFTE NASE	VERSTOPFUNG	AUSSCHLÄGE
REIZBARKEIT	HERZRASEN	ABNORMALER GESCHMACK	DURCHFALL	EMPFINDLICHKEITEN:
NERVOSITÄT	PANIKATTACKEN, ALBTRÄUME	SCHLECHTER MUNDGERUCH	BRENNENDER URIN	a) CHEMIKALIEN
DEPRESSIONEN	STIRNKOPFSCHMERZEN	METALLISCHER GESCHMACK	SCHMERZHAFTES WASSERLASSEN	b) LICHT
SCHLAFLOSIGKEIT	HINTERHAUPTKOPFSCHMERZEN	OHRGERÄUSCHE	BLASENENTZÜNDUNGEN	c) GERÄUSCHE
BEEINTRÄCHTIGTES KONZENTRATIONSVERMÖGEN	KOPFSCHMERZEN ALLGEMEIN	TAUBHEIT	VULVODYNIE, SCHEIDENBRENNEN	d) GERUCH
BEEINTRÄCHTIGTES ERINNERUNGSVERMÖGEN	SCHWINDEL (VERTIGO)	RESTLESS LEGS	GEWICHTSVÄNDERÄNDERUNGEN	ALLERGIEN
ANGSTZUSTÄNDE	GLEICHGEWICHTSSTÖRUNGEN	WADENKRÄMPFE	SPRÖDE NÄGEL	WETTERFÜHLIGKEIT
SALZGELÜSTE	OHNMACHTSANFÄLLE	ÜBELKEIT	BLAUE FLECKEN	MORGENSTEIFIGKEIT
ZUCKERGELÜSTE	VERSCHWOMMENES SEHEN	GASE	HAUTEMPFINDLICHKEIT	WACHSTUMSSCHMERZEN
SCHWEIßAUSBRÜCHE	trockene Schleimhäute (Augen, Mund, Scheide)	BLÄHUNGEN	JUCKREIZE, RÖTUNG	SCHMERZEN