Selbstbeobachtungsbogen (Werte von 0 = keine Beschwerden bis 5 = sehr viel Beschwerden)																				
Datum/ Wert:																				
Schlafprobleme																				
Depressionen																				
Verlangen nach Cannabis																				
lebhafte Träume																				
Gereiztheit																				
Emotionswechsel																				
Ängstlichkeit																				
Humorlosigkeit																				
Aggressionen																				
An- oder Abstieg sexueller Empfindungen																				
Konzentrationsverlust																				
Kopfschmerzen																				
nächtliches Schwitzen																				
Husten																				
Appetitlosigkeit																				
Gewichtsverlust																				
Verdauungsprobleme																				
Magenkrämpfe																				
Erbrechen																				
Schnupfen																				
Schluckauf																				
Hitzewallungen																				
Zittern																				
Flashbacks																				
Stress																				
Nierenschmerzen																				
chronische Müdigkeit																				
Augenprobleme																				
Muskelschmerzen																				
Summe:																				