

MEIN

# Lipödem- Tagebuch

7 Tage beobachten · Veränderungen erkennen · Gespräche vorbereiten

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Name                   | _____               |
| Zeitraum               | von _____ bis _____ |
| Betroffene Region(en)  | _____               |
| Ärzt:in / Therapeut:in | _____               |

**So nutzt du das Tagebuch** Möglichst immer zu ähnlichen Zeiten eintragen. Beobachte Beschwerden und Alltagseinflüsse ohne Leistungsdruck; wichtiger als perfekte Genauigkeit ist die Vergleichbarkeit über mehrere Tage.

**Wichtig** Dieses Tagebuch dient der Selbstbeobachtung und ersetzt keine medizinische Beratung. Bei plötzlich einseitiger Schwellung, starker Rötung oder Wärme, Fieber, Atemnot oder ungewohnten starken Schmerzen bitte zeitnah medizinische Hilfe suchen.

## Meine Ausgangslage

Einmal vor Beginn ausfüllen. So werden Veränderungen im Verlauf leichter sichtbar.

|                                        |                                                                                                                                              |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diagnose / Stadium (optional)</b>   | _____                                                                                                                                        |
| <b>Seit wann bestehen Beschwerden?</b> | _____                                                                                                                                        |
| <b>Betroffene Region(en)</b>           | <input type="checkbox"/> Beine <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> anderes: _____                                         |
| <b>Gewohnte Kompression</b>            | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Strumpfhose <input type="checkbox"/> Strümpfe <input type="checkbox"/> Armversorgung |
| <b>Einflüsse, die ich vermute</b>      | <input type="checkbox"/> Zyklus <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Sitzen/Stehen <input type="checkbox"/> Stress        |

## Ausgangswerte

| Beobachtung                               | morgens | nach Behandlung | abends |
|-------------------------------------------|---------|-----------------|--------|
| Schwellung · 0 keine – 10 sehr stark      | _____   | _____           | _____  |
| Schwere- / Spannungsgefühl · 0–10         | _____   | _____           | _____  |
| Druck- / Berührungsschmerz · 0–10         | _____   | _____           | _____  |
| Beweglichkeit · 0 eingeschränkt – 10 frei | _____   | _____           | _____  |

## Meine Messstellen

| Messstelle / Orientierung | Seite | Ausgangswert | Einheit |
|---------------------------|-------|--------------|---------|
| _____                     | _____ | _____        | cm      |
| _____                     | _____ | _____        | cm      |
| _____                     | _____ | _____        | cm      |
| _____                     | _____ | _____        | cm      |

## Mein persönliches Ziel

Was möchte ich verbessern? \_\_\_\_\_

Woran würde ich eine positive Veränderung merken? \_\_\_\_\_

## TAG 1

## Täglicher Eintrag

|              |                  |                               |
|--------------|------------------|-------------------------------|
| Datum: _____ | Wochentag: _____ | Zyklusphase (optional): _____ |
|--------------|------------------|-------------------------------|

## 1 · Befinden und Symptome

| Beobachtung                               | morgens | nach Behandlung | abends |
|-------------------------------------------|---------|-----------------|--------|
| Schwellung · 0 keine – 10 sehr stark      | _____   | _____           | _____  |
| Schwere- / Spannungsgefühl · 0–10         | _____   | _____           | _____  |
| Druck- / Berührungsschmerz · 0–10         | _____   | _____           | _____  |
| Beweglichkeit · 0 eingeschränkt – 10 frei | _____   | _____           | _____  |

Betroffene Region(en): \_\_\_\_\_

## 2 · Haut, Gewebe und Alltag

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Haut: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> gereizt <input type="checkbox"/> wund <input type="checkbox"/> sehr empfindlich | Gewebe: <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> gespannt <input type="checkbox"/> knotig <input type="checkbox"/> druckempfindlich |
| Blaue Flecken: <input type="checkbox"/> keine neuen <input type="checkbox"/> einzelne <input type="checkbox"/> mehrere                              | Langes Sitzen/Stehen heute: <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> viel                           |

## 3 · Maßnahmen heute

|                                                                 |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kompression getragen · _____ Stunden   | <input type="checkbox"/> Bewegung · Art: _____ Dauer: _____ Min. |
| <input type="checkbox"/> Entlastung / Pausen bewusst eingeplant | <input type="checkbox"/> Hautpflege durchgeführt                 |
| Schlaf letzte Nacht: _____ Std. · Qualität 0–10: _____          | Weitere Maßnahme: _____                                          |

## 4 · Umfangmessung (freiwillig)

| Messstelle | morgens | abends | Differenz | Einheit |
|------------|---------|--------|-----------|---------|
| _____      | _____   | _____  | _____     | cm      |

## 5 · Wirkung und Notizen

Was hat Beschwerden verstärkt oder gelindert? \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten / Fragen für die Praxis: \_\_\_\_\_

Gesamteindruck: ☐ besser ☐ unverändert ☐ schlechter

## TAG 2

## Täglicher Eintrag

|              |                  |                               |
|--------------|------------------|-------------------------------|
| Datum: _____ | Wochentag: _____ | Zyklusphase (optional): _____ |
|--------------|------------------|-------------------------------|

## 1 · Befinden und Symptome

| Beobachtung                               | morgens | nach Behandlung | abends |
|-------------------------------------------|---------|-----------------|--------|
| Schwellung · 0 keine – 10 sehr stark      | _____   | _____           | _____  |
| Schwere- / Spannungsgefühl · 0–10         | _____   | _____           | _____  |
| Druck- / Berührungsschmerz · 0–10         | _____   | _____           | _____  |
| Beweglichkeit · 0 eingeschränkt – 10 frei | _____   | _____           | _____  |

Betroffene Region(en): \_\_\_\_\_

## 2 · Haut, Gewebe und Alltag

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Haut: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> gereizt <input type="checkbox"/> wund <input type="checkbox"/> sehr empfindlich | Gewebe: <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> gespannt <input type="checkbox"/> knotig <input type="checkbox"/> druckempfindlich |
| Blaue Flecken: <input type="checkbox"/> keine neuen <input type="checkbox"/> einzelne <input type="checkbox"/> mehrere                              | Langes Sitzen/Stehen heute: <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> viel                           |

## 3 · Maßnahmen heute

|                                                                 |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kompression getragen · _____ Stunden   | <input type="checkbox"/> Bewegung · Art: _____ Dauer: _____ Min. |
| <input type="checkbox"/> Entlastung / Pausen bewusst eingeplant | <input type="checkbox"/> Hautpflege durchgeführt                 |
| Schlaf letzte Nacht: _____ Std. · Qualität 0–10: _____          | Weitere Maßnahme: _____                                          |

## 4 · Umfangmessung (freiwillig)

| Messstelle | morgens | abends | Differenz | Einheit |
|------------|---------|--------|-----------|---------|
| _____      | _____   | _____  | _____     | cm      |

## 5 · Wirkung und Notizen

Was hat Beschwerden verstärkt oder gelindert? \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten / Fragen für die Praxis: \_\_\_\_\_

Gesamteindruck: ☐ besser ☐ unverändert ☐ schlechter

## TAG 3

## Täglicher Eintrag

|              |                  |                               |
|--------------|------------------|-------------------------------|
| Datum: _____ | Wochentag: _____ | Zyklusphase (optional): _____ |
|--------------|------------------|-------------------------------|

## 1 · Befinden und Symptome

| Beobachtung                               | morgens | nach Behandlung | abends |
|-------------------------------------------|---------|-----------------|--------|
| Schwellung · 0 keine – 10 sehr stark      | _____   | _____           | _____  |
| Schwere- / Spannungsgefühl · 0–10         | _____   | _____           | _____  |
| Druck- / Berührungsschmerz · 0–10         | _____   | _____           | _____  |
| Beweglichkeit · 0 eingeschränkt – 10 frei | _____   | _____           | _____  |

Betroffene Region(en): \_\_\_\_\_

## 2 · Haut, Gewebe und Alltag

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Haut: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> gereizt <input type="checkbox"/> wund <input type="checkbox"/> sehr empfindlich | Gewebe: <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> gespannt <input type="checkbox"/> knotig <input type="checkbox"/> druckempfindlich |
| Blaue Flecken: <input type="checkbox"/> keine neuen <input type="checkbox"/> einzelne <input type="checkbox"/> mehrere                              | Langes Sitzen/Stehen heute: <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> viel                           |

## 3 · Maßnahmen heute

|                                                                 |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kompression getragen · _____ Stunden   | <input type="checkbox"/> Bewegung · Art: _____ Dauer: _____ Min. |
| <input type="checkbox"/> Entlastung / Pausen bewusst eingeplant | <input type="checkbox"/> Hautpflege durchgeführt                 |
| Schlaf letzte Nacht: _____ Std. · Qualität 0–10: _____          | Weitere Maßnahme: _____                                          |

## 4 · Umfangmessung (freiwillig)

| Messstelle | morgens | abends | Differenz | Einheit |
|------------|---------|--------|-----------|---------|
| _____      | _____   | _____  | _____     | cm      |

## 5 · Wirkung und Notizen

Was hat Beschwerden verstärkt oder gelindert? \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten / Fragen für die Praxis: \_\_\_\_\_

Gesamteindruck: ☐ besser ☐ unverändert ☐ schlechter

## TAG 4

## Täglicher Eintrag

|              |                  |                               |
|--------------|------------------|-------------------------------|
| Datum: _____ | Wochentag: _____ | Zyklusphase (optional): _____ |
|--------------|------------------|-------------------------------|

## 1 • Befinden und Symptome

| Beobachtung                               | morgens | nach Behandlung | abends |
|-------------------------------------------|---------|-----------------|--------|
| Schwellung · 0 keine – 10 sehr stark      | _____   | _____           | _____  |
| Schwere- / Spannungsgefühl · 0–10         | _____   | _____           | _____  |
| Druck- / Berührungsschmerz · 0–10         | _____   | _____           | _____  |
| Beweglichkeit · 0 eingeschränkt – 10 frei | _____   | _____           | _____  |

Betroffene Region(en): \_\_\_\_\_

## 2 • Haut, Gewebe und Alltag

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Haut: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> gereizt <input type="checkbox"/> wund <input type="checkbox"/> sehr empfindlich | Gewebe: <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> gespannt <input type="checkbox"/> knotig <input type="checkbox"/> druckempfindlich |
| Blaue Flecken: <input type="checkbox"/> keine neuen <input type="checkbox"/> einzelne <input type="checkbox"/> mehrere                              | Langes Sitzen/Stehen heute: <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> viel                           |

## 3 • Maßnahmen heute

|                                                                 |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kompression getragen · _____ Stunden   | <input type="checkbox"/> Bewegung · Art: _____ Dauer: _____ Min. |
| <input type="checkbox"/> Entlastung / Pausen bewusst eingeplant | <input type="checkbox"/> Hautpflege durchgeführt                 |
| Schlaf letzte Nacht: _____ Std. · Qualität 0–10: _____          | Weitere Maßnahme: _____                                          |

## 4 • Umfangmessung (freiwillig)

| Messstelle | morgens | abends | Differenz | Einheit |
|------------|---------|--------|-----------|---------|
| _____      | _____   | _____  | _____     | cm      |

## 5 • Wirkung und Notizen

Was hat Beschwerden verstärkt oder gelindert? \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten / Fragen für die Praxis: \_\_\_\_\_

Gesamteindruck: ☐ besser ☐ unverändert ☐ schlechter

## TAG 5

## Täglicher Eintrag

|              |                  |                               |
|--------------|------------------|-------------------------------|
| Datum: _____ | Wochentag: _____ | Zyklusphase (optional): _____ |
|--------------|------------------|-------------------------------|

## 1 • Befinden und Symptome

| Beobachtung                               | morgens | nach Behandlung | abends |
|-------------------------------------------|---------|-----------------|--------|
| Schwellung · 0 keine – 10 sehr stark      | _____   | _____           | _____  |
| Schwere- / Spannungsgefühl · 0–10         | _____   | _____           | _____  |
| Druck- / Berührungsschmerz · 0–10         | _____   | _____           | _____  |
| Beweglichkeit · 0 eingeschränkt – 10 frei | _____   | _____           | _____  |

Betroffene Region(en): \_\_\_\_\_

## 2 • Haut, Gewebe und Alltag

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Haut: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> gereizt <input type="checkbox"/> wund <input type="checkbox"/> sehr empfindlich | Gewebe: <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> gespannt <input type="checkbox"/> knotig <input type="checkbox"/> druckempfindlich |
| Blaue Flecken: <input type="checkbox"/> keine neuen <input type="checkbox"/> einzelne <input type="checkbox"/> mehrere                              | Langes Sitzen/Stehen heute: <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> viel                           |

## 3 • Maßnahmen heute

|                                                                 |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kompression getragen · _____ Stunden   | <input type="checkbox"/> Bewegung · Art: _____ Dauer: _____ Min. |
| <input type="checkbox"/> Entlastung / Pausen bewusst eingeplant | <input type="checkbox"/> Hautpflege durchgeführt                 |
| Schlaf letzte Nacht: _____ Std. · Qualität 0–10: _____          | Weitere Maßnahme: _____                                          |

## 4 • Umfangmessung (freiwillig)

| Messstelle | morgens | abends | Differenz | Einheit |
|------------|---------|--------|-----------|---------|
| _____      | _____   | _____  | _____     | cm      |

## 5 • Wirkung und Notizen

Was hat Beschwerden verstärkt oder gelindert? \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten / Fragen für die Praxis: \_\_\_\_\_

Gesamteindruck: ☐ besser ☐ unverändert ☐ schlechter

## TAG 6

## Täglicher Eintrag

|              |                  |                               |
|--------------|------------------|-------------------------------|
| Datum: _____ | Wochentag: _____ | Zyklusphase (optional): _____ |
|--------------|------------------|-------------------------------|

## 1 · Befinden und Symptome

| Beobachtung                               | morgens | nach Behandlung | abends |
|-------------------------------------------|---------|-----------------|--------|
| Schwellung · 0 keine – 10 sehr stark      | _____   | _____           | _____  |
| Schwere- / Spannungsgefühl · 0–10         | _____   | _____           | _____  |
| Druck- / Berührungsschmerz · 0–10         | _____   | _____           | _____  |
| Beweglichkeit · 0 eingeschränkt – 10 frei | _____   | _____           | _____  |

Betroffene Region(en): \_\_\_\_\_

## 2 · Haut, Gewebe und Alltag

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Haut: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> gereizt <input type="checkbox"/> wund <input type="checkbox"/> sehr empfindlich | Gewebe: <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> gespannt <input type="checkbox"/> knotig <input type="checkbox"/> druckempfindlich |
| Blaue Flecken: <input type="checkbox"/> keine neuen <input type="checkbox"/> einzelne <input type="checkbox"/> mehrere                              | Langes Sitzen/Stehen heute: <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> viel                           |

## 3 · Maßnahmen heute

|                                                                 |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kompression getragen · _____ Stunden   | <input type="checkbox"/> Bewegung · Art: _____ Dauer: _____ Min. |
| <input type="checkbox"/> Entlastung / Pausen bewusst eingeplant | <input type="checkbox"/> Hautpflege durchgeführt                 |
| Schlaf letzte Nacht: _____ Std. · Qualität 0–10: _____          | Weitere Maßnahme: _____                                          |

## 4 · Umfangmessung (freiwillig)

| Messstelle | morgens | abends | Differenz | Einheit |
|------------|---------|--------|-----------|---------|
| _____      | _____   | _____  | _____     | cm      |

## 5 · Wirkung und Notizen

Was hat Beschwerden verstärkt oder gelindert? \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten / Fragen für die Praxis: \_\_\_\_\_

Gesamteindruck: ☐ besser ☐ unverändert ☐ schlechter



TAG 7

# Täglicher Eintrag

|              |                  |                               |
|--------------|------------------|-------------------------------|
| Datum: _____ | Wochentag: _____ | Zyklusphase (optional): _____ |
|--------------|------------------|-------------------------------|

## 1 · Befinden und Symptome

| Beobachtung                               | morgens | nach Behandlung | abends |
|-------------------------------------------|---------|-----------------|--------|
| Schwellung · 0 keine – 10 sehr stark      | _____   | _____           | _____  |
| Schwere- / Spannungsgefühl · 0–10         | _____   | _____           | _____  |
| Druck- / Berührungsschmerz · 0–10         | _____   | _____           | _____  |
| Beweglichkeit · 0 eingeschränkt – 10 frei | _____   | _____           | _____  |

Betroffene Region(en): \_\_\_\_\_

## 2 · Haut, Gewebe und Alltag

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Haut: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> gereizt <input type="checkbox"/> wund <input type="checkbox"/> sehr empfindlich | Gewebe: <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> gespannt <input type="checkbox"/> knotig <input type="checkbox"/> druckempfindlich |
| Blaue Flecken: <input type="checkbox"/> keine neuen <input type="checkbox"/> einzelne <input type="checkbox"/> mehrere                              | Langes Sitzen/Stehen heute: <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> viel                           |

## 3 · Maßnahmen heute

|                                                                 |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kompression getragen · _____ Stunden   | <input type="checkbox"/> Bewegung · Art: _____ Dauer: _____ Min. |
| <input type="checkbox"/> Entlastung / Pausen bewusst eingeplant | <input type="checkbox"/> Hautpflege durchgeführt                 |
| Schlaf letzte Nacht: _____ Std. · Qualität 0–10: _____          | Weitere Maßnahme: _____                                          |

## 4 · Umfangmessung (freiwillig)

| Messstelle | morgens | abends | Differenz | Einheit |
|------------|---------|--------|-----------|---------|
| _____      | _____   | _____  | _____     | cm      |

## 5 · Wirkung und Notizen

Was hat Beschwerden verstärkt oder gelindert? \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten / Fragen für die Praxis: \_\_\_\_\_

Gesamteindruck: ☐ besser ☐ unverändert ☐ schlechter

## Wochenrückblick

Nach sieben Tagen ausfüllen. Nimm die Seite gern zum nächsten Termin mit.

|                                 |                                                                                                                                                    |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Zeitraum</b>                 | von _____ bis _____                                                                                                                                |
| <b>Schweregefühl im Verlauf</b> | <input type="checkbox"/> deutlich weniger <input type="checkbox"/> etwas weniger <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> mehr     |
| <b>Druckschmerz</b>             | <input type="checkbox"/> deutlich weniger <input type="checkbox"/> etwas weniger <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> mehr     |
| <b>Beweglichkeit</b>            | <input type="checkbox"/> deutlich besser <input type="checkbox"/> etwas besser <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> schlechter |
| <b>Alltagsbelastung</b>         | <input type="checkbox"/> geringer <input type="checkbox"/> etwas geringer <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> höher           |

### Was hat den größten Unterschied gemacht?

---



---



---

### Muster, die mir aufgefallen sind

---



---



---

### Fragen für Therapeut:in oder Ärzt:in

---



---



---



---

**Für die nächste Woche** Eine kleine, realistische Sache, die ich beibehalten oder ausprobieren möchte:

---