

SONNENTAGEBUCH

Kalenderwoche ____
 von _____ bis _____

Tag/ Datum	UV- Index	Lichtquelle		Himmel	Dauer (Minu- ten)	Bekleidung	Körper- position	Vitamin-D- Wert (mit Datum)
		Sonne von: ____ Uhr bis: ____ Uhr	Solarium Dauer: ____ Min.	klar <input type="checkbox"/> wolkig <input type="checkbox"/> <small>(vereinzelt Wolken, kein komplett be- deckter Himmel)</small>		voll bekleidet <input type="checkbox"/> kurzärmelig, Shorts/Rock <input type="checkbox"/> Badekleidung <input type="checkbox"/> Schuhe: offen <input type="checkbox"/> geschlossen <input type="checkbox"/> Kopfbedeckung: ja/nein <input type="checkbox"/>	stehend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>	
		Sonne von: ____ Uhr bis: ____ Uhr	Solarium Dauer: ____ Min.	klar <input type="checkbox"/> wolkig <input type="checkbox"/> <small>(vereinzelt Wolken, kein komplett be- deckter Himmel)</small>		voll bekleidet <input type="checkbox"/> kurzärmelig, Shorts/Rock <input type="checkbox"/> Badekleidung <input type="checkbox"/> Schuhe: offen <input type="checkbox"/> geschlossen <input type="checkbox"/> Kopfbedeckung: ja/nein <input type="checkbox"/>	stehend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>	
		Sonne von: ____ Uhr bis: ____ Uhr	Solarium Dauer: ____ Min.	klar <input type="checkbox"/> wolkig <input type="checkbox"/> <small>(vereinzelt Wolken, kein komplett be- deckter Himmel)</small>		voll bekleidet <input type="checkbox"/> kurzärmelig, Shorts/Rock <input type="checkbox"/> Badekleidung <input type="checkbox"/> Schuhe: offen <input type="checkbox"/> geschlossen <input type="checkbox"/> Kopfbedeckung: ja/nein <input type="checkbox"/>	stehend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>	
		Sonne von: ____ Uhr bis: ____ Uhr	Solarium Dauer: ____ Min.	klar <input type="checkbox"/> wolkig <input type="checkbox"/> <small>(vereinzelt Wolken, kein komplett be- deckter Himmel)</small>		voll bekleidet <input type="checkbox"/> kurzärmelig, Shorts/Rock <input type="checkbox"/> Badekleidung <input type="checkbox"/> Schuhe: offen <input type="checkbox"/> geschlossen <input type="checkbox"/> Kopfbedeckung: ja/nein <input type="checkbox"/>	stehend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>	
		Sonne von: ____ Uhr bis: ____ Uhr	Solarium Dauer: ____ Min.	klar <input type="checkbox"/> wolkig <input type="checkbox"/> <small>(vereinzelt Wolken, kein komplett be- deckter Himmel)</small>		voll bekleidet <input type="checkbox"/> kurzärmelig, Shorts/Rock <input type="checkbox"/> Badekleidung <input type="checkbox"/> Schuhe: offen <input type="checkbox"/> geschlossen <input type="checkbox"/> Kopfbedeckung: ja/nein <input type="checkbox"/>	stehend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>	
		Sonne von: ____ Uhr bis: ____ Uhr	Solarium Dauer: ____ Min.	klar <input type="checkbox"/> wolkig <input type="checkbox"/> <small>(vereinzelt Wolken, kein komplett be- deckter Himmel)</small>		voll bekleidet <input type="checkbox"/> kurzärmelig, Shorts/Rock <input type="checkbox"/> Badekleidung <input type="checkbox"/> Schuhe: offen <input type="checkbox"/> geschlossen <input type="checkbox"/> Kopfbedeckung: ja/nein <input type="checkbox"/>	stehend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>	
		Sonne von: ____ Uhr bis: ____ Uhr	Solarium Dauer: ____ Min.	klar <input type="checkbox"/> wolkig <input type="checkbox"/> <small>(vereinzelt Wolken, kein komplett be- deckter Himmel)</small>		voll bekleidet <input type="checkbox"/> kurzärmelig, Shorts/Rock <input type="checkbox"/> Badekleidung <input type="checkbox"/> Schuhe: offen <input type="checkbox"/> geschlossen <input type="checkbox"/> Kopfbedeckung: ja/nein <input type="checkbox"/>	stehend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>	
		Sonne von: ____ Uhr bis: ____ Uhr	Solarium Dauer: ____ Min.	klar <input type="checkbox"/> wolkig <input type="checkbox"/> <small>(vereinzelt Wolken, kein komplett be- deckter Himmel)</small>		voll bekleidet <input type="checkbox"/> kurzärmelig, Shorts/Rock <input type="checkbox"/> Badekleidung <input type="checkbox"/> Schuhe: offen <input type="checkbox"/> geschlossen <input type="checkbox"/> Kopfbedeckung: ja/nein <input type="checkbox"/>	stehend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>	
		Sonne von: ____ Uhr bis: ____ Uhr	Solarium Dauer: ____ Min.	klar <input type="checkbox"/> wolkig <input type="checkbox"/> <small>(vereinzelt Wolken, kein komplett be- deckter Himmel)</small>		voll bekleidet <input type="checkbox"/> kurzärmelig, Shorts/Rock <input type="checkbox"/> Badekleidung <input type="checkbox"/> Schuhe: offen <input type="checkbox"/> geschlossen <input type="checkbox"/> Kopfbedeckung: ja/nein <input type="checkbox"/>	stehend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>	