




Allergietagebuch

Beschwerdestärke*: 0 = keine 1 = leichte 2 = mäßig 3 = stark

Monat:

Jahr:

| Datum | Augen | | | | Nase | | | | Lunge | | | | Haut | | | | andere Beschwerden (z.B. Jucken im Mund nach Äpfeln) | Medikamente (Welche? Anzahl/Dosis) | Wetter | | |
|-------|-------|---|---|---|------|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|---|---------------------------------------|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | | |  |  |  |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |