




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.																					