Monat: Jahr:

Allergische Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

0 = keine Beschwerden
1 = leichte Beschwerden
2 = mäßige Beschwerden
3 = starke Beschwerden

Datum	Nase				Augen				Lunge				Haut			
	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.																

Medikament (welche, Anzahl/Dosis)	Wetter