

▶ **Woche:** _____

vom: _____

bis: _____

ggfs. eingenommenes Medikament
gegen allergische Symptome: _____

Tag	Nase				Augen				Lunge				heutiges Gesamtbefinden				Symptome v. a.		Wetter				Sonstiges z. B. Tierkontakt, Infekt, Stress, Urlaub	Medikamente	
	u. a. Nasenjucken/ Niesen/laufende Nase/ verstopfte Nase				u. a. Juckreiz/ Fremdkörpergefühl/ Rötung/Tränenfluss				u. a. Pfeifen/ Kurzatmigkeit/ Husten/ Asthma				sehr gut	gut	mäßig	schlecht	innen	draußen	Sonne	Regen	Wind	Pollenflug		ja	nein
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3										ja	nein		
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3													
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3													
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3													
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3													
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3													
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3													
So	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3													

▶ **Woche:** _____

vom: _____

bis: _____

ggfs. eingenommenes Medikament
gegen allergische Symptome: _____

Tag	Nase				Augen				Lunge				heutiges Gesamtbefinden				Symptome v. a.		Wetter				Sonstiges z. B. Tierkontakt, Infekt, Stress, Urlaub	Medikamente	
	u. a. Nasenjucken/ Niesen/laufende Nase/ verstopfte Nase				u. a. Juckreiz/ Fremdkörpergefühl/ Rötung/Tränenfluss				u. a. Pfeifen/ Kurzatmigkeit/ Husten/ Asthma				sehr gut	gut	mäßig	schlecht	innen	draußen	Sonne	Regen	Wind	Pollenflug		ja	nein
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3										ja	nein		
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3													
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3													
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3													
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3													
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3													
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3													
So	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3													