

ALLERGIE-TAGEBUCH

Bei dem Verdacht einer Allergie ist es wichtig, die Symptome mit einer Hausärztin/Fachärztin oder einem Hausarzt/Facharzt abzuklären. Das Allergie-Tagebuch hilft Ihnen dabei, Ihre allergischen Symptome über einen längeren Zeitraum zu beobachten und Tendenzen zu erkennen, wie ausgeprägt Ihre Beschwerden unter bestimmten Umweltfaktoren und der Medikamenteneinnahme sind. Das Allergie-Tagebuch können Sie dann gemeinsam im Arztgespräch auswerten.

Wie funktioniert das Allergie-Tagebuch?

Tragen Sie zunächst die Kalenderwoche und das Datum in Ihr Tagebuch ein. Suchen Sie dann in der 1. Spalte der oberen Tabelle nach dem entsprechenden Wochentag, den Sie dokumentieren möchten. Bewerten Sie anschließend die Symptome an Nase, Augen und Lunge durch Vergabe der Punkte auf einer Skala von 0–3 in den Spalten 2, 3 und 4. In der Spalte 5 geben Sie an, wie ihr Gesamtbefinden am jeweiligen Tag war.

So bewerten Sie Ihre Symptomstärke:

- 0 = kaum Symptome, keine oder kaum Einschränkungen im Alltag (Beruf, Schule/Studium, Freizeit, Erholung/Schlaf)
- 1 = leichte Symptome, nur geringe Beschwerden im Alltag
- 2 = mäßig starke Symptome, deutlich spürbare Beeinträchtigungen im Alltag
- 3 = starke Symptome/Beschwerden, die mit starken Beeinträchtigungen im Alltag einhergehen

In der Spalte 6 geben Sie an, an welchem Ort die Symptome auftreten. Angaben zum Wetter und Pollenflug erfolgen in Spalte 7. Sonstige Einflüsse tragen Sie in der Spalte 8 ein. Sollten Sie an dem jeweiligen Tag Medikamente gegen die allergischen Beschwerden eingenommen haben, vermerken Sie dies in der Spalte 9.

Tag	Spalte 1				Spalte 2				Spalte 3				Spalte 4				Spalte 5				Spalte 6				Spalte 7				Spalte 8		Spalte 9		
	Nase				Augen				Lunge				heutiges Gesamtbefinden				Symptome v. a.				Wetter				Pollenflug			Sonstiges			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		z. B. Tierkontakt, Infekt, Stress, Urlaub		ja	nein						
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3												ja	nein			ja	nein				
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3																					



Bitosen® bei Allergien

Bitosen® kann bei Beschwerden einer Pollenallergie sowie anderen Formen allergischer Rhinitis z. B. bei Allergien gegen Tierhaare, Hausstaubmilben und Schimmelpilze bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren angewendet werden. Weitere Informationen zu **Allergien** und **Bitosen®** finden Sie unter:

www.bitosen.de

Bitosen® 20 mg Tabletten, Bitosen® 20 mg Schmelztabletten. Wirkstoff: Bilastin. **Anwendungsgebiete:** Für Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren zur Linderung der Beschwerden von Heuschnupfen, anderer Formen allergischer Rhinitis sowie juckenden Hautausschlägen. **Warnhinweis:** Bitosen® 20 mg Schmelztabletten: Enthält Ethanol. Packungsbeilage beachten. Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihre Ärztin, Ihren Arzt oder in Ihrer Apotheke. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Menarini International Operations Luxembourg S.A., **Mitvertrieb durch** BERLIN-CHEMIE AG, 12489 Berlin.



▶ **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			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			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																	