

## Allergieprotokoll

Woche von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Auge	<input type="checkbox"/> Juckreiz <input type="checkbox"/> Tränenfluss <input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Juckreiz <input type="checkbox"/> Tränenfluss <input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Juckreiz <input type="checkbox"/> Tränenfluss <input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Juckreiz <input type="checkbox"/> Tränenfluss <input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Juckreiz <input type="checkbox"/> Tränenfluss <input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Juckreiz <input type="checkbox"/> Tränenfluss <input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Juckreiz <input type="checkbox"/> Tränenfluss <input type="checkbox"/> Rötung
Nase	<input type="checkbox"/> Niesreiz <input type="checkbox"/> Fließschnupfen <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> Niesreiz <input type="checkbox"/> Fließschnupfen <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> Niesreiz <input type="checkbox"/> Fließschnupfen <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> Niesreiz <input type="checkbox"/> Fließschnupfen <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> Niesreiz <input type="checkbox"/> Fließschnupfen <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> Niesreiz <input type="checkbox"/> Fließschnupfen <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> Niesreiz <input type="checkbox"/> Fließschnupfen <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase
Lunge	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Giemen <input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Giemen <input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Giemen <input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Giemen <input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Giemen <input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Giemen <input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Giemen <input type="checkbox"/> Atemnot
Bemerkungen (Krankheit, Urlaub, Wetter)							
Hast du ein Akut- Medikament genommen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Wenn ja, welches Medikament in welcher Dosis?							
Hat es geholfen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Peak-flow (bei bek. Asthma bronchiale)							
Sonstige Einträge							