





Heuschnupfen-Tagebuch

Tagebuch Startdatum: _____ Enddatum: _____ Name: _____

Wochentag	Tag 1: _____	Tag 2: _____	Tag 3: _____	Tag 4: _____	Tag 5: _____	Tag 6: _____	Tag 7: _____
Augen* <input type="radio"/> Brennen <input type="radio"/> Gerötet <input type="radio"/> Tränend 	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nase* <input type="radio"/> Fließschnupfen <input type="radio"/> Verstopfte Nase <input type="radio"/> Niesen 	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Lunge* <input type="radio"/> Hustenreiz <input type="radio"/> Atemnot (Häufigkeit) 	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Haut* <input type="radio"/> Juckreiz <input type="radio"/> Ekzem <input type="radio"/> Quaddeln 	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Sonstige Symptome* <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Medikamente (Name, Dosis) 1: _____ 2: _____ 3: _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Aktivitäten / Bemerkungen**	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

* Bitte tragen Sie die Stärke Ihrer Symptome ein: 0 = keine, 1 = leicht, 2 = mäßig, 3 = stark ** z.B. Reaktionen auf Aktivitäten, Lebensmittel, Kontakt mit Tieren, Pollenflug, körperliche/seelische Belastungen, ...