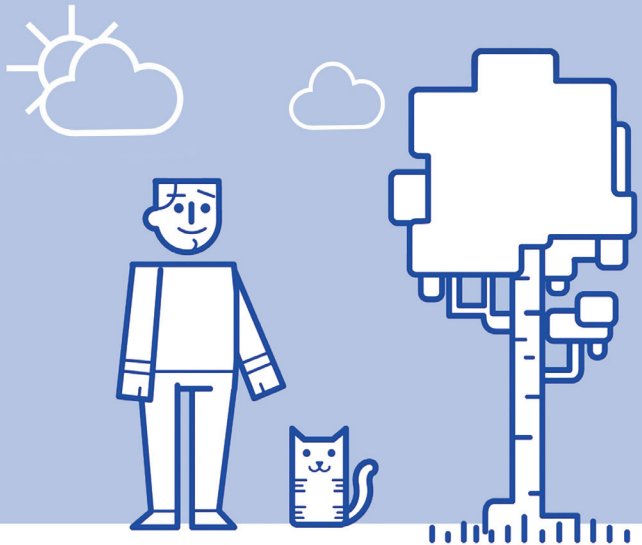
Mein Allergie Tagebuch



5.6.8D 03/16

© HAL Allergie GmbH

Persönliche Daten

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefonnr.

Therapie-Präparat:

Behandelnder Arzt:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Hilfe dieses Tagebuches können Sie einen wesentlichen Beitrag zur Linderung Ihrer allergischen Beschwerden leisten.

Der tägliche Eintrag Ihrer Beschwerden und der eingenommenen Medikamente liefert Ihrem behandelnden Arzt wichtige Informationen über den Behandlungserfolg und eventuell nötige Änderungen in der Therapie.

Bitte legen Sie dieses Tagebuch Ihrem Arzt bei den Besuchen vor.

Ihre HAL Allergie

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**		
	☼	⛅	🌧

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**		

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		

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**		

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		
	☀	⛅	🌧

Monat: Jahr:

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

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

Allergische 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**		

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				Medikament (welche, Anzahl/Dosis)	Wetter		
	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.																				

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		

Monat: Jahr:

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

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

Allergische 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		

Monat:

Jahr:

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

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

Allergische 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**		

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		

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**		

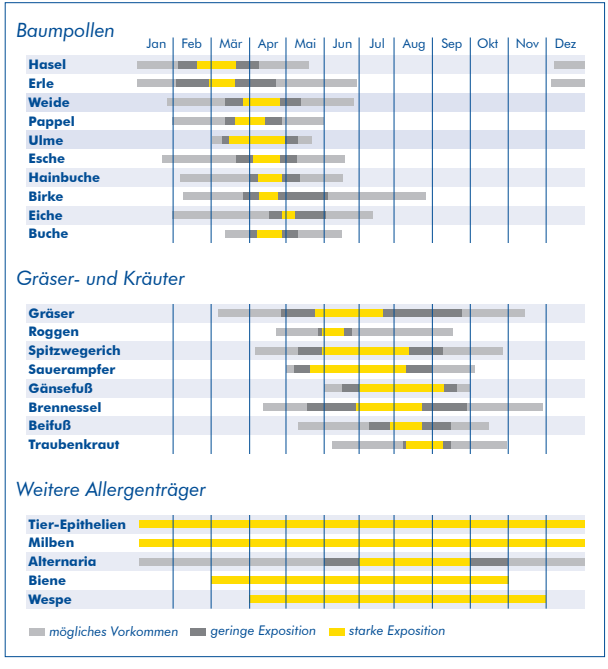
Pollenassoziierte Nahrungsmittel

Beispiele für Allergen-Gemeinschaften aufgrund immunologischer Kreuzreaktionen

Birke	**Nüsse** Haselnuss, Walnuss **Rosengewächse** Apfel, Birne, Pfirsich, Mandel, Kirsche **Exotische Früchte** Kiwi, Litschi, Avokado
Gräser	**Hülsenfrüchte** Soja, Bohne, Erbse, Erdnuss **Getreide** Roggenmehl, Getreidemehl, Weizenmehl **Gemüse** Tomate, Kartoffel, Mangold, Spinat
Beifuß	**Nachtschattengewächse** Chilipfeffer, Paprika, Tomate, Karotte, Kartoffel, Sellerie **Korbblütler** Artischoke, Estragon, Kamille, Löwenzahn, Wermuth, Sonnenblume **Kürbisgewächse** Melone, Gurke **Gewürze** Pfeffer, Muskat, Ingwer, Anis, Kardamon

Allergenkalender

Tagesaktuelle Pollenflugvorhersage im Internet:
www.hal-allergy.de/allergie/pollenflug



Mehr über Allergien unter:
www.hal-allergy.de/einblicke