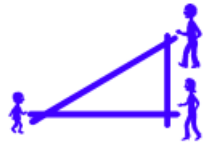


Symptomkalender

Name: _____ Monat: _____ Jahr: _____



Dauermedikation und Dosierung

1. _____
2. _____
3. _____

Kalendertag	Wie fühlst Du Dich? (Schulnote)	Beschwerden bitte mit ein bis drei Kreuzen angeben:										Bitte (x): vorwiegend				Bitte zusätzlich genommene Medikamente angeben (Name und Menge, s. Beispiel)	Pollenflug und Stärke (Informationsquelle)	Andere Auslöser (Sport, Infekt, Stress ...)	Kalendertag	
		Augen		Nase		Husten	Asthma		Haut		Im Haus	draußen	Sonne	Regen						
		x	x	x	x	x	x	x	x	x										
Beispiel	3	x	x	x	x	x							x	x	Vividrin Augentropfen 2 x 2 Tropfen Nasivin Nasentropfen 2 x 2 Tropfen	Birke, stark (Internet)	Beim Laufen			
1																			1	
2																				2
3																				3
4																				4
5																				5
6																				6
7																				7
8																				8
9																				9
10																				10
11																				11
12																				12
13																				13
14																				14
15																				15
16																				16
17																				17
18																				18
19																				19
20																				20
21																				21
22																				22
23																				23
24																				24
25																				25
26																				26
27																				27
28																				28
29																				29
30																				30
31																				31