Pollenflug-Symptom-Tagebuch für _____ Geburtstag: _____

Bitte machen Sie grundsätzlich an den Tagen mit Symptomen Notizen zu Beschwerden, verabreichten Medikamenten und Pollenflug.

MONAT:																**JAHR:**						
Kalender-Tag	In diesem Feld die Beschwerden mit 1 bis 3 Kreuzen angeben:															bitte ankreuzen				Bitte zusätzlich eingenommene Medikamente angeben (Name, Menge)	Pollenflug und Stärke (Woher kommt die Information?)	Andere Auslöser wie Sport, Infekt, Stress…
	x = leichte Beschwerden xx = mäßige Beschwerden xxx = starke Beschwerden															im Haus	draußen	Sonne	Regen			
	Augen			Nase			Husten			Asthma			Haut									
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																						

Dauermedikation und Dosierung:

1. _____
2. _____
3. _____

Christine Schöttgen
Dr. med. Ulrike Schürmann
Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin

Pollenflugabfrage:

www.wetteronline.de, www.wetter.com, www.hexal.allergie.hexal.de, www.pollenstiftung.de