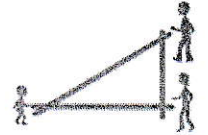


Symptomkalender

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			
		x = leichte Beschwerden xx = mittlere Beschwerden xxx = starke Beschwerden					Im Haus	draußen	Sonne	Regen							
		Augen	Nase	Husten	Asthma	Haut											
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