Beschwerdenkalender

für PollenallergikerInnen

Name: .....

Jahr: .....

Bitte, kreuzen Sie täglich an:

sehr stark	1. die Stärke Ihrer Beschwerden
stark	
mittel	
schwach	
sehr schwach	
keine	
Augen	2. die Art Ihrer Beschwerden
Nase	
Lungen	
Medika-ment	3. Medikamenteneinnahme
Stadt	4. Ihren Aufenthaltsort
Land	
Ausland	
Bemerkungen	

Allergie gegen...	Mögliche Kreuzallergie auf...
Erlen-, Hasel-, Birkenpollen	Nüsse, Stein- und Kernobst, Kiwi, Sellerie, Karotte, Kartoffel (roh)
Birkenpollen	Sellerie (roh)
Gräser-, Getreidepollen	Mehl, Kleie, Tomate, Hülsenfrüchte
Beifußpollen	Kräuter und Gewürze, Sellerie (gekocht), Mango

Februar

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

März

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

April

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

Mai

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

Juni

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

Juli

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

August

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

September

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

Notiz

Notiz

Ein sorgfältig geführter Beschwerden-kalender unterstützt wesentlich die

- Identifizierung jener Pollentypen, auf die Sie tatsächlich allergisch reagieren
- Kontrolle des Behandlungserfolges

1. die Stärke Ihrer Beschwerden	sehr stark stark mittel schwach sehr schwach keine
2. die Art Ihrer Beschwerden	Augen Nase Lungen
3. Medikamenteneinnahme	Medika-ment
4. Ihren Aufenthaltsort	Stadt Land Ausland
	Bemerkungen