Allergietagebuch

Kalendermonat/Jahr: **Bemerkung:**

	Beschwerden (wo und wie stark? x=leicht, xx=mittel, xxx=stark)				Wann?	Wetter		Medikamenteneinnahme	
Tag	**Auge**	**Nase**	**Bronchien**	**Haut**	**mo-mi-ab**	**Feucht**	**Trocken**	**Name**	**Dosis**
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									