

Mein Allergi(e)n-Tagebuch

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Dieses **Allergi(e)n-Tagebuch** - durch Sie regelmäßig ausgefüllt - gibt Ihnen und Ihrem behandelnden Arzt einen **kompletten Überblick** darüber, wie Wetter, bestimmte Anti-Allergika und bestimmte Allergene wie insbesondere Pollen Ihren individuellen Krankheitsverlauf beeinflussen.

Drucken Sie sich dieses Tagebuch aus - füllen Sie es regelmäßig aus (am besten vor dem Schlafengehen) - und nehmen Sie es zu Ihren Arztbesuchen mit.

Gute Besserung,
Ihr Klosterfrau Allergin-Team

Name

PLZ/Ort

Straße

Telefon

Behandelnder Arzt



	Dezember	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November
Gräser	Weizen, Roggen											
	Knäuelgras											
	Schwingelgras											
	Honiggras											
	Weidelgras											
	Mais											
Bäume und Sträucher	Rispengras											
	Lieschgras											
	Birke											
	Buche											
	Eiche											
	Erle											
	Ahorn											
	Esche											
	Haselnuss											
	Ulme											
Kräuter	Pappel											
	Weide											
	Platane											
	Linde											
Sporen	Beifuß											
	Raps											
	Schafgarbe											
	Wegerich											
Sporen	Ambrosia											
	Cladosporium											
	Alternaria											
	Aspergillus											
Penicillium												



Klosterfrau Allergin ist eine Marke der Klosterfrau Healthcare Group © 2009

Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.

www.allergin.de

Klosterfrau Allergin Tropfen bei Heuschnupfen. Wirkstoff: Adhatoda vasica Dil. D2, 10,0 g, enthält 70 Vol.-% Alkohol. Die Anwendungsgebiete leiten sich von den homöopathischen Arzneimittelbildern ab. * Klosterfrau Allergin Tabletten zur Besserung der Beschwerden bei Heuschnupfen. Wirkstoff: Adhatoda vasica Trit. D2, 250 mg. Die Anwendungsgebiete leiten sich von den homöopathischen Arzneimittelbildern ab. Warnhinweis: Enthält Lactose. * Klosterfrau Allergin Globuli. Wirkstoff: Streukügelchen Adhatoda vasica D2. Zur Besserung der Beschwerden bei Heuschnupfen. Die Anwendungsgebiete leiten sich von den homöopathischen Arzneimittelbildern ab. Warnhinweis: Enthält Sucrose (Saccharose/Zucker). *Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker. Klosterfrau, 50606 Köln

Datum	Augen				Nase				Haut				Lunge				Welches Medikament genommen?	Wetter		
-------	-------	--	--	--	------	--	--	--	------	--	--	--	-------	--	--	--	------------------------------	--------	--	--

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3



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.																		

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

0 = keine 1 = leicht 2 = mäßig 3 = stark

Februar

Name: _____

Datum	Augen				Nase				Haut				Lunge				Welches Medikament genommen?	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				



Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

0 = keine 1 = leicht 2 = mäßig 3 = stark

Datum	Augen				Nase				Haut				Lunge				Welches Medikament genommen?	Wetter		
-------	-------	--	--	--	------	--	--	--	------	--	--	--	-------	--	--	--	------------------------------	--------	--	--

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3



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.																		

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

0 = keine 1 = leicht 2 = mäßig 3 = stark

Datum	Augen				Nase				Haut				Lunge				Welches Medikament genommen?	Wetter		
-------	-------	--	--	--	------	--	--	--	------	--	--	--	-------	--	--	--	------------------------------	--------	--	--

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3



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.																		

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

0 = keine 1 = leicht 2 = mäßig 3 = stark

Datum	Augen				Nase				Haut				Lunge				Welches Medikament genommen?	Wetter		
-------	-------	--	--	--	------	--	--	--	------	--	--	--	-------	--	--	--	------------------------------	--------	--	--

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3



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.																		

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

0 = keine 1 = leicht 2 = mäßig 3 = stark

Datum	Augen				Nase				Haut				Lunge				Welches Medikament genommen?	Wetter		
-------	-------	--	--	--	------	--	--	--	------	--	--	--	-------	--	--	--	------------------------------	--------	--	--

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3



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.																		

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

0 = keine 1 = leicht 2 = mäßig 3 = stark

Datum	Augen				Nase				Haut				Lunge				Welches Medikament genommen?	Wetter		
-------	-------	--	--	--	------	--	--	--	------	--	--	--	-------	--	--	--	------------------------------	--------	--	--

0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3






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.																		

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

0 = keine 1 = leicht 2 = mäßig 3 = stark

August

Name: _____




Datum	Augen				Nase				Haut				Lunge				Welches Medikament genommen?	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

0 = keine 1 = leicht 2 = mäßig 3 = stark

September

Name: _____

Datum	Augen				Nase				Haut				Lunge				Welches Medikament genommen?	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

0 = keine 1 = leicht 2 = mäßig 3 = stark

Datum	Augen				Nase				Haut				Lunge				Welches Medikament genommen?	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				






Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

0 = keine 1 = leicht 2 = mäßig 3 = stark

November

Name: _____




Datum	Augen				Nase				Haut				Lunge				Welches Medikament genommen?	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

0 = keine 1 = leicht 2 = mäßig 3 = stark

Dezember

Name: _____

Datum	Augen				Nase				Haut				Lunge				Welches Medikament genommen?	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

0 = keine 1 = leicht 2 = mäßig 3 = stark