Kalendermonat _____ **Jahr** _____

	Wo und in welcher Art treten Beschwerden auf? Wie stark beurteilen Sie deren Stärke? Einteilung 1= leicht / 2= mäßig / 3= stark					**Umgebung und Wetter**				Haben Sie Medikamente eingenommen? Bitte geben Sie den Namen und die Menge des Präparats an.	
	Augen	*Nase*	*Husten*	*Haut*	*Asthma*	*im Haus*	*draußen*	*Sonne*	*Regen*		
Bsp.	**2**	**3**	**1**		**1**		**X**	**X**			**Tag**
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