

Allergie- und Asthmaprotokoll

Jahr:.....

Name:.....

Monat:.....

Beschwerden: 1 = milde, 2 = mittel, 3 = stark

	Auge			Nase			Lunge				Medikament		Verabreicht		Wetter Sonne (S) Regen (R) Wind (W)	Bemerkungen Krankheit, Urlaub, Allergenexposition (z.B. Tierkontakt) Belastung (Sport)	Peakflow Morgens / abends
	Juckreiz	Tränenfluß	Rötung	Niesreiz	Fließ- schnupfen	Verstopfte Nase	Husten	Giemen / Pfeifen	Atemnot		Medikament 1 Name:	Medikament 2 Name:	Medikament 1 Dosis? Wie oft?	Medikament 2 Dosis? Wie oft?			
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							