



Patiententagebuch

Name: _____

Woche: _____

		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
Hautbeschwerden	Zustand der Haut (letzte 24 Std.) 1 = sehr gut 6 = sehr schlecht	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
	Juckreiz 1 = gar nicht 6 = sehr stark	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
	Betroffene Hautpartien bitte in der Zeichnung markieren								
Allg. Zustand	Schlafstörungen 1 = gar nicht 6 = sehr stark	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	
	Andere Beschwerden wie z.B. Atemnot, Husten, Infektionen, Fieber								
	Verhalten z.B. ruhig, normal, aufgeregt								
Äußere Einflüsse	Kontakt zu Tieren bitte Tierarten notieren								
	Wetterbedingungen z.B. kühl, normal, schwül, heiß								
	Besonderheiten z.B. Ereignisse wie Urlaub, Feiern, Reisen								
	Sonstige Einflüsse z.B. Pollenflug, Zigarettenrauch, Abgase								
Ernährung	Lebensmittel bitte einzeln notieren (z.B. Roggenbrot, Margarine, Erdbeermarmelade...) morgens								
	mittags								
	abends								
Behandlung der Neurodermitis	Hautpflege z.B. Salben, Cremes, Badezusätze und ähnliches								
	Medikamente z.B. wirkstoffhaltige Cremes und Salben Zahl der tägl. Anwendungen	<input type="text"/> <input type="radio"/> 1 x tägl. <input type="radio"/> 2 x tägl. <input type="radio"/> 3 x tägl.	<input type="text"/> <input type="radio"/> 1 x tägl. <input type="radio"/> 2 x tägl. <input type="radio"/> 3 x tägl.	<input type="text"/> <input type="radio"/> 1 x tägl. <input type="radio"/> 2 x tägl. <input type="radio"/> 3 x tägl.	<input type="text"/> <input type="radio"/> 1 x tägl. <input type="radio"/> 2 x tägl. <input type="radio"/> 3 x tägl.	<input type="text"/> <input type="radio"/> 1 x tägl. <input type="radio"/> 2 x tägl. <input type="radio"/> 3 x tägl.	<input type="text"/> <input type="radio"/> 1 x tägl. <input type="radio"/> 2 x tägl. <input type="radio"/> 3 x tägl.	<input type="text"/> <input type="radio"/> 1 x tägl. <input type="radio"/> 2 x tägl. <input type="radio"/> 3 x tägl.	
	Andere Medikamente z.B. Antibiotika, Antihistaminika usw.								