DR. MED. **DEJAN LIST**
FACHARZT FÜR KINDER- & JUGENDMEDIZIN

Allergietagebuch / Monat: _____

- = keine Beschwerden
+ = leichte Beschwerden
++ = mäßige Beschwerden
+++ = starke Beschwerden

Bemerkungen:
- z.B. Pollenflug in meiner Region (online)
- Besonderes an diesem Tag

Datum	Nase	Augen	Asthma	Haut					Medikamente	Bemerkungen
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.										