DRES.MED. DEJAN LIST
LUISE POSER
Kinder- und 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.										