



## Allergietagebuch

Name:

Geburtsdatum:

Datum	X= leichte Beschwerden XX= mässige Beschwerden XXX= starke Beschwerden				Bitte ankreuzen (x)				Präparat Name
	Augen	Nase	Husten	Haut	Im Haus	Draussen	Sonne	Regen	Medikamente