

WIR DENKEN WEITER:

AllerGOlogie



Ihr persönliches
Allergie-Tagebuch

 **Bencard[®]**
Allergie

Ihr persönliches Allergie-Tagebuch

Name

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Behandelnder Arzt (Praxisstempel)

Hyposensibilisierungs-Präparat

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

dieses Tagebuch soll Sie und Ihren behandelnden Arzt beim Umgang mit Ihren allergischen Beschwerden und bei deren optimaler Behandlung unterstützen.

Bitte tragen Sie täglich Ihre Beschwerden und die an diesem Tag eingenommenen Medikamente in das Tagebuch ein. Dies und die Information über die Wetterlage hilft Ihrem Arzt Ihre allergischen Beschwerden noch besser zu beurteilen und die Behandlung darauf abzustimmen.

Bitte legen Sie dieses Tagebuch bei jedem Besuch Ihrem Arzt vor.

Mit den besten Wünschen für Ihre Gesundheit

Ihr Service-Team von Bencard® Allergie

Ihr persönliches Allergie-Tagebuch

Allergische Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.



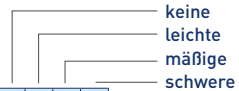
Monat/Jahr: _____

Datum	Nase				Augen				Lunge				Haut				Andere Beschwerden, Medikamente (welche, Anzahl/Dosis), Bemerkungen	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				

Ihr persönliches Allergie-Tagebuch

Allergische Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.



Monat/Jahr: _____

Datum	Nase				Augen				Lunge				Haut				Andere Beschwerden, Medikamente (welche, Anzahl/Dosis), Bemerkungen	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				

Ihr persönliches Allergie-Tagebuch

Allergische Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.



Monat/Jahr: _____

Datum	Nase				Augen				Lunge				Haut				Andere Beschwerden, Medikamente (welche, Anzahl/Dosis), Bemerkungen	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				

Ihr persönliches Allergie-Tagebuch

Allergische Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.



Monat/Jahr: _____

Datum	Nase			Augen			Lunge			Haut			Andere Beschwerden, Medikamente (welche, Anzahl/Dosis), Bemerkungen	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																

Ihr persönliches Allergie-Tagebuch

Allergische Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.



Monat/Jahr: _____

Datum	Nase				Augen				Lunge				Haut				Andere Beschwerden, Medikamente (welche, Anzahl/Dosis), Bemerkungen	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				

Ihr persönliches Allergie-Tagebuch

Allergische Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.



Monat/Jahr: _____

Datum	Nase				Augen				Lunge				Haut				Andere Beschwerden, Medikamente (welche, Anzahl/Dosis), Bemerkungen	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				

Ihr persönliches Allergie-Tagebuch

Allergische Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.



Monat/Jahr: _____

Datum	Nase				Augen				Lunge				Haut				Andere Beschwerden, Medikamente (welche, Anzahl/Dosis), Bemerkungen	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				

Ihr persönliches Allergie-Tagebuch

Allergische Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.



Monat/Jahr: _____

Datum	Nase				Augen				Lunge				Haut				Andere Beschwerden, Medikamente (welche, Anzahl/Dosis), Bemerkungen	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				

Ihr persönliches Allergie-Tagebuch

Allergische Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.



Monat/Jahr: _____

Datum	Nase				Augen				Lunge				Haut				Andere Beschwerden, Medikamente (welche, Anzahl/Dosis), Bemerkungen	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				

Ihr persönliches Allergie-Tagebuch



Allergische Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

Monat/Jahr: _____

Datum	Nase				Augen				Lunge				Haut				Andere Beschwerden, Medikamente (welche, Anzahl/Dosis), Bemerkungen	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				

Ihr persönliches Allergie-Tagebuch

Allergische Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.



Monat/Jahr: _____

Datum	Nase				Augen				Lunge				Haut				Andere Beschwerden, Medikamente (welche, Anzahl/Dosis), Bemerkungen	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				

Ihr persönliches Allergie-Tagebuch

Allergische Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.



Monat/Jahr: _____

Datum	Nase				Augen				Lunge				Haut				Andere Beschwerden, Medikamente (welche, Anzahl/Dosis), Bemerkungen	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				

Pollenflug-Kalender, Wetterbericht und Pollenflugvorhersage

Pollenflug-Kalender													
	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	
Hasel	■	■	■	■	■							■	
Erle	■	■	■	■	■	■						■	
Pappel		■	■	■	■	■							
Weide		■	■	■	■	■							
Esche		■	■	■	■	■							
Hainbuche		■	■	■	■	■							
Birke		■	■	■	■	■	■	■					
Buche		■	■	■	■	■							
Eiche			■	■	■	■	■	■					
Platane			■	■	■	■	■	■					
Gräser			■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Roggen				■	■	■	■	■	■	■			
Linde					■	■	■	■	■	■			
Spitzwegerich				■	■	■	■	■	■	■			
Gänsefuß					■	■	■	■	■	■	■		
Brennnessel				■	■	■	■	■	■	■	■		
Beifuß					■	■	■	■	■	■	■		
Ragweed (Ambrosia)							■	■	■	■			

■ Auftreten ■ mäßiges Auftreten ■ starkes Auftreten

Wie der tägliche Wetterbericht für alle, sind für Pollenallergiker die aktuellen Pollenflugdaten an ihrem Aufenthaltsort ein wichtiger Indikator für persönliche Planung und Wohlbefinden.

Die tagesaktuelle Pollenflugvorhersage sowie weitere Informationen zum Thema Allergien finden Sie auf der Website der Stiftung Deutscher Polleninformationsdienst www.pollenstiftung.de

auf der **Pollen App** der Stiftung Deutscher Polleninformationsdienst und des Österreichischen Pollenwarndienstes

und auf unserer Homepage www.bencard.de



Mit freundlicher Unterstützung durch



www.pollenstiftung.de



pollenwarndienst.at

Tipps für Allergiker

Pollenallergiker

- Bei Pollenflug Tätigkeiten im Freien vermeiden
- Spät am Abend lüften
- Auto mit Pollenfilter ausstatten
- Pollenkonzentration in den Wohnräumen durch häufiges Säubern niedrig halten

Milbenallergiker

- Bettwäsche jede Woche wechseln und bei mind. 60°C waschen
- Matratzen etc. regelmäßig reinigen
- Möglichst nicht selbst Staub saugen

Schimmelpilzallergiker

- Wohnung, Wasch- und Kellerräume gründlich lüften
- Bei der Einrichtung auf Polstermöbel, Teppichböden verzichten
- Nasse Kleidung sofort luftig trocknen
- Küchenabfälle sofort beseitigen

Tierhaarallergiker

- Umgang mit entsprechenden Tieren meiden
- Auf Einrichtungsgegenstände aus Fell, Rosshaar oder Angorawolle verzichten

Weitere Informationen und Tipps zum Thema Allergien finden Sie im Internet unter www.bencard.de

Notizen

Wertvolle Tipps und Informationen
zum Thema Allergien gibt's unter
www.bencard.de



HOTLINE für medizinische Fragen: 0800-997 997 0
von 9.00 bis 17.00 Uhr (nur für Deutschland)

Bencard® Allergie GmbH – Deutschland
Postfach 40 03 04, 80703 München

