



MEIN POLLEN-TAGEBUCH zum Mitnehmen

Ein Service des Österreichischen Pollenwarndienstes



Patientenname: _____

Anschrift: _____

Sie halten die gedruckte Form des Pollen-Tagebuches in Händen. Im Online-Tagebuch unter <http://phd.polleninfo.org> ist auch eine Korrelation Ihrer Beschwerden mit dem Pollenflug möglich. Wenn Sie keine Möglichkeit haben, Ihr Tagebuch im Internet auszufüllen, benutzen Sie bitte diese Papierversion – auch um zu einem späteren Zeitpunkt Ihre Eingaben nachzutragen.

Um die Behandlung Ihrer Allergie und die Dosierung der zur Behandlung notwendigen Medikamente den jeweiligen Erfordernissen anzupassen, sind genaue Angaben über Auftreten, Häufigkeit und Dauer Ihrer Beschwerden notwendig. Durch genaues und regelmäßiges Ausfüllen dieses Pollen-Tagebuchs liefern Sie dem Arzt sehr wichtige Informationen. Diese geben einen Einblick bezüglich des Behandlungserfolges bzw. eventuell vorzunehmender Änderungen in der Therapie.

Wir ersuchen Sie deshalb, täglich folgende Eintragungen durch Ankreuzen im Pollen-Tagebuch vorzunehmen.

1. Ortsangabe (PLZ)

- 2. Gesamtbefinden**
(0 = sehr schlecht
10 = sehr gut)

3. Organsymptome

- **Auge**
 - Keine Beschwerden
 - Geringe Beschwerden
 - Mäßige Beschwerden
 - Starke Beschwerden
- **Nase**
 - Keine Beschwerden
 - Geringe Beschwerden
 - Mäßige Beschwerden
 - Starke Beschwerden

- **Lunge**
 - Keine Beschwerden
 - Geringe Beschwerden
 - Mäßige Beschwerden
 - Starke Beschwerden

4. Medikamenteneinnahme

- Augentropfen
- Nasentropfen (oder Spray)
- Antiallergische Tabletten
- Homöopathisches
- Sonstiges
- keine

Auftretende Besonderheiten können Sie unter der Rubrik „Bemerkungen“ anführen.

MONAT:

JAHR:

Tag	Wo halten Sie sich auf? PLZ oder Ort	Gesamtbefinden 0 – 10 (0 = sehr schlecht 10 = sehr gut)	Wo äußern sich die Beschwerden?												Medikamenteneinnahme										
			Augen				Nase				Lunge				Augentropfen	Nasentropfen (Spray)	Antiallergische Tabletten	Homöopathisches	Sonstiges	keine					
			keine	geringe	mäßige	starke	keine	geringe	mäßige	starke	keine	geringe	mäßige	starke											
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																									

Bemerkungen

MONAT:

JAHR:

Tag	Wo halten Sie sich auf? PLZ oder Ort	Gesamtbefinden 0 – 10 (0 = sehr schlecht 10 = sehr gut)	Wo äußern sich die Beschwerden?												Medikamenteneinnahme								
			Augen				Nase				Lunge				Augentropfen	Nasentropfen (Spray)	Antiallergische Tabletten	Homöopathisches	Sonstiges	keine			
			keine	geringe	mäßige	starke	keine	geringe	mäßige	starke	keine	geringe	mäßige	starke									
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																							

Bemerkungen

MONAT:

JAHR:

Tag	Wo halten Sie sich auf? PLZ oder Ort	Gesamtbefinden 0 – 10 (0 = sehr schlecht 10 = sehr gut)	Wo äußern sich die Beschwerden?												Medikamenteneinnahme								
			Augen				Nase				Lunge				Augentropfen	Nasentropfen (Spray)	Antiallergische Tabletten	Homöopathisches	Sonstiges	keine			
			keine	geringe	mäßige	starke	keine	geringe	mäßige	starke	keine	geringe	mäßige	starke									
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																							

Bemerkungen

MONAT:

JAHR:

Tag	Wo halten Sie sich auf? PLZ oder Ort	Gesamtbefinden 0 – 10 (0 = sehr schlecht 10 = sehr gut)	Wo äußern sich die Beschwerden?												Medikamenteneinnahme					
			Augen				Nase				Lunge				Augentropfen	Nasentropfen (Spray)	Antiallergische Tabletten	Homöopathisches	Sonstiges	keine
1			keine	geringe	mäßige	starke	keine	geringe	mäßige	starke	keine	geringe	mäßige	starke						
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																				

Bemerkungen

MONAT:

JAHR:

Tag	Wo halten Sie sich auf? PLZ oder Ort	Gesamtbefinden 0 – 10 (0 = sehr schlecht 10 = sehr gut)	Wo äußern sich die Beschwerden?												Medikamenteneinnahme								
			Augen				Nase				Lunge				Augentropfen	Nasentropfen (Spray)	Antiallergische Tabletten	Homöopathisches	Sonstiges	keine			
			keine	geringe	mäßige	starke	keine	geringe	mäßige	starke	keine	geringe	mäßige	starke									
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																							

Bemerkungen

MONAT:

JAHR:

Tag	Wo halten Sie sich auf? PLZ oder Ort	Gesamtbefinden 0 – 10 (0 = sehr schlecht 10 = sehr gut)	Wo äußern sich die Beschwerden?												Medikamenteneinnahme										
			Augen				Nase				Lunge				Augentropfen	Nasentropfen (Spray)	Antiallergische Tabletten	Homöopathisches	Sonstiges	keine					
			keine	geringe	mäßige	starke	keine	geringe	mäßige	starke	keine	geringe	mäßige	starke											
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																									

Bemerkungen

MONAT:

JAHR:

Tag	Wo halten Sie sich auf? PLZ oder Ort	Gesamtbefinden 0 – 10 (0 = sehr schlecht 10 = sehr gut)	Wo äußern sich die Beschwerden?												Medikamenteneinnahme							
			Augen				Nase				Lunge				Augentropfen	Nasentropfen (Spray)	Antiallergische Tabletten	Homöopathisches	Sonstiges	keine		
			keine	geringe	mäßige	starke	keine	geringe	mäßige	starke	keine	geringe	mäßige	starke								
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																						

Bemerkungen

MONAT:

JAHR:

Tag	Wo halten Sie sich auf? PLZ oder Ort	Gesamtbefinden 0 – 10 (0 = sehr schlecht 10 = sehr gut)	Wo äußern sich die Beschwerden?												Medikamenteneinnahme									
			Augen				Nase				Lunge				Augentropfen	Nasentropfen (Spray)	Antiallergische Tabletten	Homöopathisches	Sonstiges	keine				
			keine	geringe	mäßige	starke	keine	geringe	mäßige	starke	keine	geringe	mäßige	starke										
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																								

Bemerkungen

Mit freundlicher
Unterstützung von



www.allergenvermeidung.org



www.bencard.at



www.hal-allergy.at

Phadia



www.alk-abello.at



www.gemeinsam-gegen-allergie.at



www.ucb.com