Name: ___ ___ Jahr: ___ ___ ___ ___

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an.

0 = keine Beschwerden
1= leichte Beschwerden
2 = mäßige Beschwerden
3 = starke Beschwerden

Kur-Apotheke
KARSTEN WOLTER

Allergische Beschwerden

Datum	Nase				Augen				Lunge				Haut				Medikament (welche, Anzahl / Dosis)	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3		☀	⛅	🌧
01.																				
02.																				
03.																				
04.																				
05.																				
06.																				
07.																				
08.																				
09.																				
10.																				
11.																				
12.																				
13.																				
14.																				
15.																				
16.																				
17.																				
18.																				
19.																				
20.																				
21.																				
22.																				
23.																				
24.																				
25.																				
26.																				
27.																				
28.																				
29.																				
30.																				
31.																				