

		Datum:							Datum:						
Beschwerden z. B. Juckreiz	a)	☺	1	2	3	4	5	☹	☺	1	2	3	4	5	☹
	b)	☺	1	2	3	4	5	☹	☺	1	2	3	4	5	☹
	c)	☺	1	2	3	4	5	☹	☺	1	2	3	4	5	☹
Allgemein- zustand	z.B. Krankheit, Stimmung, Stress														
Umwelt	z.B. Wetter, Pollenflug, Tierkontakt, Besonderheiten														
Nahrung: Speisen und Getränke, detailliert auflisten, Uhrzeit festhalten	Morgens														
	Beschwerden														
	Vormittags														
	Beschwerden														
	Mittags														
	Beschwerden														
	Nachmittags														
	Beschwerden														
	Abends														
Beschwerden															
Sonstiges	z.B. Medikamente, Körperpflegemittel, Waschmittel														

