



Datum: _____

Arbeits- Schul- oder Kitatag

Urlaub oder freier Tag

Bewertungsskala: 1 = sehr gut – 6 = sehr schlecht

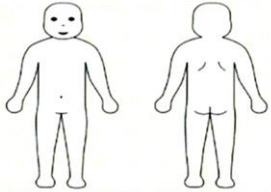
Hautbeschwerden	Einteilung	Bewertungsskala	Uhrzeit	Lebensmittel/ Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit und Bewertung (1-6)
	Zustand der Haut (in den letzten 24 h)	1 2 3 4 5 6			
	Juckreiz	1 2 3 4 5 6			
	Betroffene Hautpartien				
	Bitte in der Zeichnung markieren				
Behandlung der Haut	Hautpflege (z.B. Salben, Cremes, Badezusätze wie oft täglich)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
	Wirkstoffhaltige Cremes und Salben (Cortison, Urea)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
Arzneimittel (z.B. Antihistaminika, Antibiotika, Cortison)	Name:				
	Wie oft am Tag:				
Äußere Einflüsse	Schlafstörungen (1 = gar nicht; 6 = sehr stark)	1 2 3 4 5 6			
	Andere Erkrankungen (z.B. Atemnot, Infekte, Fieber)				
	Verhalten (z.B. ruhig, normal, aufgeregt)				
	Kontakte zu Tieren (welche)				
	Wetterbedingungen (kühl, warm, Pollenflug, trocken)				
	Besonderheiten (z.B. Geburtstag, Urlaub, Stress, Impfung)				
	Sonstige				

Datum: _____

Arbeits- Schul- oder Kitatag

Urlaub oder freier Tag

Bewertungsskala: 1 = sehr gut – 6 = sehr schlecht

Hautbeschwerden	Einteilung	Bewertungsskala		Uhrzeit	Lebensmittel/ Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit und Bewertung (1-6)
	Zustand der Haut (in den letzten 24 h)			1 2 3 4 5 6		
Juckreiz		1 2 3 4 5 6				
Betroffene Hautpartien						
Bitte in der Zeichnung markieren						
Behandlung der Haut	Hautpflege (z.B. Salben, Cremes, Badezusätze wie oft täglich)	Name:				
		Wie oft am Tag:				
	Wirkstoffhaltige Cremes und Salben (Cortison, Urea)	Name:				
		Wie oft am Tag:				
Arzneimittel (z.B. Antihistaminika, Antibiotika, Cortison)	Name:					
	Wie oft am Tag:					
Äußere Einflüsse	Schlafstörungen (1 = gar nicht; 6 = sehr stark)	1 2 3 4 5 6				
	Andere Erkrankungen (z.B. Atemnot, Infekte, Fieber)					
	Verhalten (z.B. ruhig, normal, aufgeregt)					
	Kontakte zu Tieren (welche)					
	Wetterbedingungen (kühl, warm, Pollenflug, trocken)					
	Besonderheiten (z.B. Geburtstag, Urlaub, Stress, Impfung)					
	Sonstige					

Ernährungs- und Symptomtagebuch auf Grundlage des Deutschen Allergie- und Asthmabundes e.V. erstellt.



Datum: _____

Arbeits- Schul- oder Kitatag

Urlaub oder freier Tag

Bewertungsskala: 1 = sehr gut – 6 = sehr schlecht

Hautbeschwerden	Einteilung	Bewertungsskala	Uhrzeit	Lebensmittel/ Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit und Bewertung (1-6)
	Zustand der Haut (in den letzten 24 h)	1 2 3 4 5 6			
	Juckreiz	1 2 3 4 5 6			
	Betroffene Hautpartien				
	Bitte in der Zeichnung markieren				
Behandlung der Haut	Hautpflege (z.B. Salben, Cremes, Badezusätze wie oft täglich)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
	Wirkstoffhaltige Cremes und Salben (Cortison, Urea)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
Arzneimittel (z.B. Antihistaminika, Antibiotika, Cortison)	Name:				
	Wie oft am Tag:				
Äußere Einflüsse	Schlafstörungen (1 = gar nicht; 6 = sehr stark)	1 2 3 4 5 6			
	Andere Erkrankungen (z.B. Atemnot, Infekte, Fieber)				
	Verhalten (z.B. ruhig, normal, aufgeregt)				
	Kontakte zu Tieren (welche)				
	Wetterbedingungen (kühl, warm, Pollenflug, trocken)				
	Besonderheiten (z.B. Geburtstag, Urlaub, Stress, Impfung)				
	Sonstige				



Datum: _____

Arbeits- Schul- oder Kitatag

Urlaub oder freier Tag

Bewertungsskala: 1 = sehr gut – 6 = sehr schlecht

Hautbeschwerden	Einteilung	Bewertungsskala	Uhrzeit	Lebensmittel/ Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit und Bewertung (1-6)
	Zustand der Haut (in den letzten 24 h)	1 2 3 4 5 6			
	Juckreiz	1 2 3 4 5 6			
Betroffene Hautpartien	Bitte in der Zeichnung markieren				
Behandlung der Haut	Hautpflege (z.B. Salben, Cremes, Badezusätze wie oft täglich)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
	Wirkstoffhaltige Cremes und Salben (Cortison, Urea)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
Arzneimittel (z.B. Antihistaminika, Antibiotika, Cortison)	Name:				
	Wie oft am Tag:				
Äußere Einflüsse	Schlafstörungen (1 = gar nicht; 6 = sehr stark)	1 2 3 4 5 6			
	Andere Erkrankungen (z.B. Atemnot, Infekte, Fieber)				
	Verhalten (z.B. ruhig, normal, aufgeregt)				
	Kontakte zu Tieren (welche)				
	Wetterbedingungen (kühl, warm, Pollenflug, trocken)				
	Besonderheiten (z.B. Geburtstag, Urlaub, Stress, Impfung)				
	Sonstige				



Datum: _____

Arbeits- Schul- oder Kitatag

Urlaub oder freier Tag

Bewertungsskala: 1 = sehr gut – 6 = sehr schlecht

Hautbeschwerden	Einteilung	Bewertungsskala	Uhrzeit	Lebensmittel/ Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit und Bewertung (1-6)
	Zustand der Haut (in den letzten 24 h)	1 2 3 4 5 6			
	Juckreiz	1 2 3 4 5 6			
	Betroffene Hautpartien				
	Bitte in der Zeichnung markieren				
Behandlung der Haut	Hautpflege (z.B. Salben, Cremes, Badezusätze wie oft täglich)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
	Wirkstoffhaltige Cremes und Salben (Cortison, Urea)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
Arzneimittel (z.B. Antihistaminika, Antibiotika, Cortison)	Name:				
	Wie oft am Tag:				
Äußere Einflüsse	Schlafstörungen (1 = gar nicht; 6 = sehr stark)	1 2 3 4 5 6			
	Andere Erkrankungen (z.B. Atemnot, Infekte, Fieber)				
	Verhalten (z.B. ruhig, normal, aufgeregt)				
	Kontakte zu Tieren (welche)				
	Wetterbedingungen (kühl, warm, Pollenflug, trocken)				
	Besonderheiten (z.B. Geburtstag, Urlaub, Stress, Impfung)				
	Sonstige				



Datum: _____

Arbeits- Schul- oder Kitatag

Urlaub oder freier Tag

Bewertungsskala: 1 = sehr gut – 6 = sehr schlecht

Hautbeschwerden	Einteilung	Bewertungsskala	Uhrzeit	Lebensmittel/ Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit und Bewertung (1-6)
	Zustand der Haut (in den letzten 24 h)	1 2 3 4 5 6			
	Juckreiz	1 2 3 4 5 6			
Betroffene Hautpartien	Bitte in der Zeichnung markieren				
Behandlung der Haut	Hautpflege (z.B. Salben, Cremes, Badezusätze wie oft täglich)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
	Wirkstoffhaltige Cremes und Salben (Cortison, Urea)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
Arzneimittel (z.B. Antihistaminika, Antibiotika, Cortison)	Name:				
	Wie oft am Tag:				
Äußere Einflüsse	Schlafstörungen (1 = gar nicht; 6 = sehr stark)	1 2 3 4 5 6			
	Andere Erkrankungen (z.B. Atemnot, Infekte, Fieber)				
	Verhalten (z.B. ruhig, normal, aufgeregt)				
	Kontakte zu Tieren (welche)				
	Wetterbedingungen (kühl, warm, Pollenflug, trocken)				
	Besonderheiten (z.B. Geburtstag, Urlaub, Stress, Impfung)				
	Sonstige				



Datum: _____

Arbeits- Schul- oder Kitatag

Urlaub oder freier Tag

Bewertungsskala: 1 = sehr gut – 6 = sehr schlecht

Hautbeschwerden	Einteilung	Bewertungsskala	Uhrzeit	Lebensmittel/ Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit und Bewertung (1-6)
	Zustand der Haut (in den letzten 24 h)	1 2 3 4 5 6			
	Juckreiz	1 2 3 4 5 6			
Betroffene Hautpartien	Bitte in der Zeichnung markieren				
Behandlung der Haut	Hautpflege (z.B. Salben, Cremes, Badezusätze wie oft täglich)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
	Wirkstoffhaltige Cremes und Salben (Cortison, Urea)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
Arzneimittel (z.B. Antihistaminika, Antibiotika, Cortison)	Name:				
	Wie oft am Tag:				
Äußere Einflüsse	Schlafstörungen (1 = gar nicht; 6 = sehr stark)	1 2 3 4 5 6			
	Andere Erkrankungen (z.B. Atemnot, Infekte, Fieber)				
	Verhalten (z.B. ruhig, normal, aufgeregt)				
	Kontakte zu Tieren (welche)				
	Wetterbedingungen (kühl, warm, Pollenflug, trocken)				
	Besonderheiten (z.B. Geburtstag, Urlaub, Stress, Impfung)				
	Sonstige				



Datum: _____

Arbeits- Schul- oder Kitatag

Urlaub oder freier Tag

Bewertungsskala: 1 = sehr gut – 6 = sehr schlecht

Hautbeschwerden	Einteilung	Bewertungsskala	Uhrzeit	Lebensmittel/ Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit und Bewertung (1-6)
	Zustand der Haut (in den letzten 24 h)	1 2 3 4 5 6			
	Juckreiz	1 2 3 4 5 6			
	Betroffene Hautpartien				
	Bitte in der Zeichnung markieren				
Behandlung der Haut	Hautpflege (z.B. Salben, Cremes, Badezusätze wie oft täglich)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
	Wirkstoffhaltige Cremes und Salben (Cortison, Urea)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
Arzneimittel (z.B. Antihistaminika, Antibiotika, Cortison)	Name:				
	Wie oft am Tag:				
Äußere Einflüsse	Schlafstörungen (1 = gar nicht; 6 = sehr stark)	1 2 3 4 5 6			
	Andere Erkrankungen (z.B. Atemnot, Infekte, Fieber)				
	Verhalten (z.B. ruhig, normal, aufgeregt)				
	Kontakte zu Tieren (welche)				
	Wetterbedingungen (kühl, warm, Pollenflug, trocken)				
	Besonderheiten (z.B. Geburtstag, Urlaub, Stress, Impfung)				
	Sonstige				



Datum: _____

Arbeits- Schul- oder Kitatag

Urlaub oder freier Tag

Bewertungsskala: 1 = sehr gut – 6 = sehr schlecht

Hautbeschwerden	Einteilung	Bewertungsskala	Uhrzeit	Lebensmittel/ Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit und Bewertung (1-6)
	Zustand der Haut (in den letzten 24 h)	1 2 3 4 5 6			
	Juckreiz	1 2 3 4 5 6			
	Betroffene Hautpartien				
	Bitte in der Zeichnung markieren				
Behandlung der Haut	Hautpflege (z.B. Salben, Cremes, Badezusätze wie oft täglich)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
	Wirkstoffhaltige Cremes und Salben (Cortison, Urea)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
Arzneimittel (z.B. Antihistaminika, Antibiotika, Cortison)	Name:				
	Wie oft am Tag:				
Äußere Einflüsse	Schlafstörungen (1 = gar nicht; 6 = sehr stark)	1 2 3 4 5 6			
	Andere Erkrankungen (z.B. Atemnot, Infekte, Fieber)				
	Verhalten (z.B. ruhig, normal, aufgeregt)				
	Kontakte zu Tieren (welche)				
	Wetterbedingungen (kühl, warm, Pollenflug, trocken)				
	Besonderheiten (z.B. Geburtstag, Urlaub, Stress, Impfung)				
	Sonstige				



Datum: _____

Arbeits- Schul- oder Kitatag

Urlaub oder freier Tag

Bewertungsskala: 1 = sehr gut – 6 = sehr schlecht

Hautbeschwerden	Einteilung	Bewertungsskala	Uhrzeit	Lebensmittel/ Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit und Bewertung (1-6)
	Zustand der Haut (in den letzten 24 h)	1 2 3 4 5 6			
	Juckreiz	1 2 3 4 5 6			
	Betroffene Hautpartien				
	Bitte in der Zeichnung markieren				
Behandlung der Haut	Hautpflege (z.B. Salben, Cremes, Badezusätze wie oft täglich)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
	Wirkstoffhaltige Cremes und Salben (Cortison, Urea)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
Arzneimittel (z.B. Antihistaminika, Antibiotika, Cortison)	Name:				
	Wie oft am Tag:				
Äußere Einflüsse	Schlafstörungen (1 = gar nicht; 6 = sehr stark)	1 2 3 4 5 6			
	Andere Erkrankungen (z.B. Atemnot, Infekte, Fieber)				
	Verhalten (z.B. ruhig, normal, aufgeregt)				
	Kontakte zu Tieren (welche)				
	Wetterbedingungen (kühl, warm, Pollenflug, trocken)				
	Besonderheiten (z.B. Geburtstag, Urlaub, Stress, Impfung)				
	Sonstige				



Datum: _____

Arbeits- Schul- oder Kitatag

Urlaub oder freier Tag

Bewertungsskala: 1 = sehr gut – 6 = sehr schlecht

Hautbeschwerden	Einteilung	Bewertungsskala	Uhrzeit	Lebensmittel/ Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit und Bewertung (1-6)
	Zustand der Haut (in den letzten 24 h)	1 2 3 4 5 6			
	Juckreiz	1 2 3 4 5 6			
Betroffene Hautpartien	Bitte in der Zeichnung markieren				
Behandlung der Haut	Hautpflege (z.B. Salben, Cremes, Badezusätze wie oft täglich)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
	Wirkstoffhaltige Cremes und Salben (Cortison, Urea)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
Arzneimittel (z.B. Antihistaminika, Antibiotika, Cortison)	Name:				
	Wie oft am Tag:				
Äußere Einflüsse	Schlafstörungen (1 = gar nicht; 6 = sehr stark)	1 2 3 4 5 6			
	Andere Erkrankungen (z.B. Atemnot, Infekte, Fieber)				
	Verhalten (z.B. ruhig, normal, aufgeregt)				
	Kontakte zu Tieren (welche)				
	Wetterbedingungen (kühl, warm, Pollenflug, trocken)				
	Besonderheiten (z.B. Geburtstag, Urlaub, Stress, Impfung)				
	Sonstige				



Datum: _____

Arbeits- Schul- oder Kitatag

Urlaub oder freier Tag

Bewertungsskala: 1 = sehr gut – 6 = sehr schlecht

Hautbeschwerden	Einteilung	Bewertungsskala	Uhrzeit	Lebensmittel/ Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit und Bewertung (1-6)
	Zustand der Haut (in den letzten 24 h)	1 2 3 4 5 6			
	Juckreiz	1 2 3 4 5 6			
Betroffene Hautpartien	Bitte in der Zeichnung markieren				
Behandlung der Haut	Hautpflege (z.B. Salben, Cremes, Badezusätze wie oft täglich)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
	Wirkstoffhaltige Cremes und Salben (Cortison, Urea)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
Arzneimittel (z.B. Antihistaminika, Antibiotika, Cortison)	Name:				
	Wie oft am Tag:				
Äußere Einflüsse	Schlafstörungen (1 = gar nicht; 6 = sehr stark)	1 2 3 4 5 6			
	Andere Erkrankungen (z.B. Atemnot, Infekte, Fieber)				
	Verhalten (z.B. ruhig, normal, aufgeregt)				
	Kontakte zu Tieren (welche)				
	Wetterbedingungen (kühl, warm, Pollenflug, trocken)				
	Besonderheiten (z.B. Geburtstag, Urlaub, Stress, Impfung)				
	Sonstige				



Datum: _____

Arbeits- Schul- oder Kitatag

Urlaub oder freier Tag

Bewertungsskala: 1 = sehr gut – 6 = sehr schlecht

Hautbeschwerden	Einteilung	Bewertungsskala	Uhrzeit	Lebensmittel/ Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit und Bewertung (1-6)
	Zustand der Haut (in den letzten 24 h)	1 2 3 4 5 6			
	Juckreiz	1 2 3 4 5 6			
	Betroffene Hautpartien				
	Bitte in der Zeichnung markieren				
Behandlung der Haut	Hautpflege (z.B. Salben, Cremes, Badezusätze wie oft täglich)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
	Wirkstoffhaltige Cremes und Salben (Cortison, Urea)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
Arzneimittel (z.B. Antihistaminika, Antibiotika, Cortison)	Name:				
	Wie oft am Tag:				
Äußere Einflüsse	Schlafstörungen (1 = gar nicht; 6 = sehr stark)	1 2 3 4 5 6			
	Andere Erkrankungen (z.B. Atemnot, Infekte, Fieber)				
	Verhalten (z.B. ruhig, normal, aufgeregt)				
	Kontakte zu Tieren (welche)				
	Wetterbedingungen (kühl, warm, Pollenflug, trocken)				
	Besonderheiten (z.B. Geburtstag, Urlaub, Stress, Impfung)				
	Sonstige				



Datum: _____

Arbeits- Schul- oder Kitatag

Urlaub oder freier Tag

Bewertungsskala: 1 = sehr gut – 6 = sehr schlecht

Hautbeschwerden	Einteilung	Bewertungsskala	Uhrzeit	Lebensmittel/ Getränke	Beschwerden mit Uhrzeit und Bewertung (1-6)
	Zustand der Haut (in den letzten 24 h)	1 2 3 4 5 6			
	Juckreiz	1 2 3 4 5 6			
	Betroffene Hautpartien				
	Bitte in der Zeichnung markieren				
Behandlung der Haut	Hautpflege (z.B. Salben, Cremes, Badezusätze wie oft täglich)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
	Wirkstoffhaltige Cremes und Salben (Cortison, Urea)	Name:			
		Wie oft am Tag:			
Arzneimittel (z.B. Antihistaminika, Antibiotika, Cortison)	Name:				
	Wie oft am Tag:				
Äußere Einflüsse	Schlafstörungen (1 = gar nicht; 6 = sehr stark)	1 2 3 4 5 6			
	Andere Erkrankungen (z.B. Atemnot, Infekte, Fieber)				
	Verhalten (z.B. ruhig, normal, aufgeregt)				
	Kontakte zu Tieren (welche)				
	Wetterbedingungen (kühl, warm, Pollenflug, trocken)				
	Besonderheiten (z.B. Geburtstag, Urlaub, Stress, Impfung)				
	Sonstige				