

SCHWELLUNGSKALENDER

**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient!**

Dieses Tagebuch soll Ihnen helfen, sonst nicht ins Auge fallende Zusammenhänge zwischen Ihren Beschwerden und äußeren Einflüssen zu erkennen.

Bitte kreuzen Sie an, welche Beschwerden Sie im Laufe des jeweiligen Tages hatten.

Bitte geben Sie hier an, welchen Antihistaminikum Sie einnehmen: * _____

Tag	Quaddeln				Juckreiz				Beschwerden				Antihistamin*				Triggerfaktoren/Sonstiges z. B. Stress -Körperliche Anstrengung -Andere körperliche und seelische Belastungssituationen -andere Medikamente
	keine	<20	20-50	>50	kein	leicht	mittel	stark	keine	geringe	starke	maximale	morgens	mittags	abends	nachts	
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																	