

Pollenallergiker

Tätigkeiten im Freien vermeiden. Spät am Abend lüften.
Auto mit Pollenfilter ausstatten. Pollenkonzentration in den Wohnräumen durch häufiges Säubern niedrig halten.

Milbenallergiker

Bettwäsche jede Woche wechseln und bei mind. 60° C waschen. Matratzen etc. regelmäßig reinigen. Möglichst nicht selbst Staub saugen.

Schimmelpilzallergiker

Wohnung, Wasch- und Kellerräume immer gründlich lüften.
Bei der Einrichtung auf Polstermöbel, Teppichböden verzichten.
Nasse Kleidung sofort luftig trocknen. Küchenabfälle sofort beseitigen.

Tierhaarallergiker

Umgang mit Tieren meiden. Auf Einrichtungsgegenstände aus Fell, Rosshaar oder Angorawolle verzichten.

Weitere Informationen zum Thema Allergien finden Sie im Internet unter **www.allergien.tv**

HOTLINE: 0 800 - 997 997 0 von 9.00 - 17.00 Uhr

© Bencard Allergie GmbH, Postfach 40 03 04, 80703 München
Tel. (089) 36811-50, Fax (089) 36811-55; Internet: <http://www.bencard.de>

Tagebuch über allergische Beschwerden



D/614/05-A/11

 **Bencard®**



Innovation braucht Erfahrung



Name

Straße:

PLZ/Ort

Telefon

Behandelnder Arzt:

Hyposensibilisierungs-Präparat

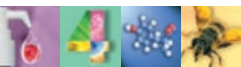
Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Sie können sehr viel zu Ihrer Heilung beitragen.

Bitte tragen Sie **täglich** Ihre Beschwerden und die eingenommenen Medikamente in dieses Tagebuch ein. Eine überaus wichtige Unterlage für Ihren Arzt.

Er kann Ihre allergischen Beschwerden noch besser beurteilen und die Behandlung darauf abstellen. Ihr Arzt wird Ihnen dankbar sein, wenn Sie ihm Ihr Tagebuch bei jedem Besuch vorlegen.

Ihre Bencard Allergie GmbH



Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an

- keine
- leichte
- mäßige
- schwere

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an

- keine
- leichte
- mäßige
- schwere

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an

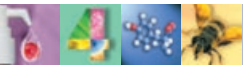
- keine
- leichte
- mäßige
- schwere

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an



Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an

[illegible]

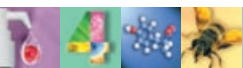
Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an

- keine
- leichte
- mäßige
- schwere

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an

- keine
- leichte
- mäßige
- schwere

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an

[illegible]

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an

- keine
- leichte
- mäßige
- schwere

Allergische Beschwerden

- keine
- leichte
- mäßige
- schwere



Monat/Jahr: _____

Allergische Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an

	keine leichte mäßige schwere																			
	0	1	2	3																
Datum	Nase				Augen				Lunge				Haut				Andere Beschwerden, Medikamente (welche, Anzahl/Dosis), Bemerkungen	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				





Monat/Jahr: _____

Allergische Beschwerden

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an

	keine leichte mäßige schwere																			
	0	1	2	3																
Datum	Nase				Augen				Lunge				Haut				Andere Beschwerden, Medikamente (welche, Anzahl/Dosis), Bemerkungen	Wetter		
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3				
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.																				



Deutscher Wetterdienst

Bundesweit anwählbar!

Generalansage: 0 190 - 11 54 80***Regionalansage einzelner Bundesländer:**

Bereich	
Schleswig-Holstein	0 190 - 11 54 81
Hamburg	0 190 - 11 54 82
Niedersachsen, Bremen	0 190 - 11 54 83
Mecklenburg-Vorpommern	0 190 - 11 54 84
Nordrhein-Westfalen	0 190 - 11 54 85
Hessen	0 190 - 11 54 86
Brandenburg, Berlin	0 190 - 11 54 87
Sachsen-Anhalt	0 190 - 11 54 88
Thüringen	0 190 - 11 54 89
Sachsen	0 190 - 11 54 90
Saarland	0 190 - 11 54 91
Rheinland-Pfalz	0 190 - 11 54 92
Baden-Württemberg	0 190 - 11 54 93
Bayern	0 190 - 11 54 94

Die Pollenflug-Vorhersage sowie weitere Informationen zum Thema Allergien finden Sie auch im Internet unter **www.allergien.tv**

*DeTe Medien 1,22 €/Minute

Pollenflug-Kalender

Aktuelle Pollenflug-Vorhersage:**0 190 - 11 54 80**