

# Beschwerdenkalender

für PollenallergikerInnen

Name: .....

Jahr: .....

# Bitte, kreuzen Sie täglich an:

sehr stark	1. die Stärke Ihrer Beschwerden
stark	
mittel	
schwach	
sehr schwach	
keine	
Augen	2. die Art Ihrer Beschwerden
Nase	
Lungen	
Medikament	3. Medikamenteneinnahme
Stadt	4. Ihren Aufenthaltsort
Land	
Ausland	
Bemerkungen	



<b>Allergie gegen...</b>	<b>Mögliche Kreuzallergie auf...</b>
Erlen-, Hasel-, Birkenpollen	Nüsse, Stein- und Kernobst, Kiwi, Sellerie, Karotte, Kartoffel (roh)
Birkenpollen	Sellerie (roh)
Gräser-, Getreidepollen	Mehl, Kleie, Tomate, Hülsenfrüchte
Beifußpollen	Kräuter und Gewürze, Sellerie (gekocht), Mango





































# Notiz

A series of 20 horizontal gray bars, stacked vertically, providing a space for writing notes. Each bar is uniform in width and height, and they are separated by small white gaps.

# Notiz

A series of 20 horizontal gray bars, stacked vertically, providing a space for writing notes. The bars are uniform in width and height, and are separated by small white gaps.



## **Ein sorgfältig geführter Beschwerdenkalender unterstützt wesentlich die**

- Identifizierung jener Pollentypen, auf die Sie tatsächlich allergisch reagieren
- Kontrolle des Behandlungserfolges

1. die Stärke Ihrer Beschwerden	sehr stark
	stark
	mittel
	schwach
	sehr schwach
	keine
2. die Art Ihrer Beschwerden	Augen
	Nase
	Lungen
3. Medikamenteneinnahme	Medikament
4. Ihren Aufenthaltsort	Stadt
	Land
	Ausland
	Bemerkungen



Amt der Kärntner Landesregierung  
Abteilung 12 Sanitätswesen  
9020 Klagenfurt / Hasnerstraße 8  
Telefon: 050/536-31272  
Fax: 050/536-31270  
E-Mail: [abt12.umweltmedizin@ktn.gv.at](mailto:abt12.umweltmedizin@ktn.gv.at)  
[www.pollenwarndienst.ktn.gv.at](http://www.pollenwarndienst.ktn.gv.at)  
Tonbanddienst: 080020/1529

