Mein persönliches

Für fast alle Beschwerdeformen!

- ✓ Allergische Erkrankungen
- ✓ Lungen-und Atemwegserkrankungen
- ✓ Hauterkrankungen
- ✓ Nahrungsmittel Unverträglichkeiten

atb.allergodome.de

Mein persönliches Tagebuch

Copyright © seit 1994

Gesellschaft für Allergie-Forschung e.V. Redaktion allergodome.de Wenckebachstr. 20 12099 Berlin

Amtsgericht Berlin Nr.: 14505 Nz

Inhaltlich Verantwortlich Gemäß § 55 Absatz 2 RStV / § 6 MDStV: Peter Crabiell

Fon: +49 30 88530688 Email: info@allergodome.de Internet: www.allergodome.de Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der GAF-BERLIN; ALLERGODOME-Redaktion unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Medien.

Die Nutzung des Allergie-Tagebuches ist ausschließlich für den Eigenbedarf gedacht. Der Verkauf oder die Weitergabe der von uns erworbenen Files oder CDROM´s ist ohne ausdrückliche Genehmigung der ALLERGODOME-Redaktion unzulässig und strafbar!

Aussagen in Berichten, Artikeln und Produktanzeigen gibt nicht unbedingt die Meinung der GAF-BERLIN wieder.



ter Crabieli – Redaktion Allergodome - Alle Rechte vorbehalten! ervielfältigen ist ausschließlich im privaten Bereich erlaubt – Alles andere bedarf einer ausdrücklichen Genehmic

Inhaltsverzeichnis

DIESE SEITENÜBERSICHT SOLL IHNEN ALS AUSDRUCKHILFE DIENEN, FÜR DEN FALL, DASS SIE EINZELNE SEITEN NACHTRÄGLICH ODER SIE IHR ALLERGIE-TAGEBUCH NACH EINANDER AUSDRUCKEN!

Titelblatt	1
Impressum	2
Inhaltsverzeichnis	3 - 4
Das Ziel dieses Tagebuches	5
Allergie-Tagebuch warum?	6
Anleitung zum Tagebuch	7 - 9
Anamnese-Fragebogen	10
Anamnese-Fragebogen	11 - 23
Tagebuch-Wochenblatt	24
ATB-Wochenblatt (neutral)	25
Notizblätter	26
Zwei Vorlagen für die Rückseite (Links-und Rechtsbündig)	27 - 28
Jahresübersichten	29
Jahresübersicht 2 Seiten mit Bemerkungsspalten	30 - 31
Jahresübersicht 1 Seite ohne Bemerkungsspalten	32

Datenblätter	33
Test-Übersicht	34
Medikamentenallergie	35
Negativliste	36
Therapien	37
Messprotokolle	38
Peak-Flow-Protokoll	39
Heuschnupfen/Pollen-Monatblatt — V01 2 Seiten mit Bemerkungsspalten	40 - 41
Heuschnupfen/Pollen-Monatblatt – V02 2 Seiten mit Bemerkungsspalten	42 - 43
Urtikaria/Nesselsucht-Monatsblatt 2 Seiten mit Bemerkungsspalten	44 - 45
Urtikaria/Nesselsucht-Wochenblatt 1 Seite mit Bemerkungsspalten	46
UV-Messprotokoll	47
Ernährungsprotokoll NEU	48
Pollenflugkalender	49
Aktueller Pollenflugkalender der FU-Berlin	50 - 51

Plakate

Helfen Sie mit unser Allergie-Tagebuch zu verbreiten!

eter Crabiell – Redaktion Allergodome - Alle Rechte vorbehalten! vervielfältigen ist ausschließlich im privaten Bereich erlaubt – Alles andere bedarf einer ausdrücklichen Genehmiau

Das Ziel dieses Tagebuches

... ist im Verlauf eines Jahres mehr über Ihre Erkrankung zu erfahren.

Die Informationen über die Art Ihrer Beschwerden und deren Auswirkungen auf Ihren Alltag können Ihnen und Ihrem Arzt dabei helfen, sich einen besseren Eindruck von Ihren Lebensumständen und Ihren Gewohnheiten zu verschaffen und so die für Sie am besten geeigneten Behandlungsmöglichkeiten zu bestimmen.

Die dafür notwendigen Informationen sind Ihre Ernährungsgewohnheiten, körperliche Aktivität, psychische Verfassung, eventuell vorhandene Stressfaktoren, Ihre Symptome und eingenommene Medikamente.

Um erfolgreich nach den Ursachen Ihrer Erkrankung fahnden zu können, ist das führen eines Tagebuch von entscheidender Bedeutung. Es kann Ihnen (und Ihrem Arzt) helfen, die Schwere und Verlauf Ihrer Erkrankung einzuschätzen, als auch Hinweise auf mögliche Ursachen und Auslöser geben.



Dieses Tagebuch ist grundsätzlich nicht nur für Allergiker einsetzbar.



Jede Art von Erkrankung ist mit diesem Tagebuch dokumentierbar!



Mein persönliches Tagebuch

Allergie-Tagebuch ... Warum?

Einige Betroffene können den Zweck eines Tagebuches nicht nachvollziehen, deshalb stellten wir Fachleuten folgende Frage:

WIE WICHTIG ODER SINNVOLL IST EIN ALLERGIE-TAGEBUCH FÜR DEN PATIENTEN UND/ODER DEN ARZT?

und erhielten folgende Antworten:

* Grundsätzlich sind Allergie-Tagebücher ein sinnvolles Instrumentarium um Art und Dauer von Symptomen richtig zu bewerten, da Testergebnisse ohne Bezug zu einem (nach Möglichkeit dokumentierten) Beschwerdebild nur bedingt aussagefähig sind. Viele Testungen sind leider unnötig oder werden falsch interpretiert. Aus diesem Grund sollten Allergie-Protokolle häufiger zum Einsatz kommen als das bisher der Fall ist. Die Gestaltung derartiger Tagebücher sollte allerdings in Zusammenarbeit mit Allergologen erfolgen.

Dr. med. Dietmar Herold - Allergologe Oberarzt der Abt. für Dermatologie Krankenhaus Spandau

* Ein Allergietagebuch kann für Diagnose, Verlaufskontrolle und auch Therapie allergischer Erkrankungen von entscheidender Bedeutung sein. Die Brauchbarkeit eines solchen Tagebuches hängt allerdings davon ab, wie gut es in der Lage ist, den Patienten anzuleiten, worauf er achten soll - welche Beschwerden sind zu erwarten, in welchen Situationen, in welchem zeitlichen Zusammenhang? Die Führung eines Allergietagebuches wird ja vor allem dann verordnet, wenn die Zusammenhänge nicht offensichtlich sind.

OA Dr. Norbert Reider für Prof. Dr. Peter Fritsch Dept.of Dermatology, University of Innsbruck

* Ein Tagebuch wäre sinnvoll bei Nahrungsmittelallergien. Hierbei sage ich schon den Patienten, sie sollen aufschreiben, was sie gegessen haben, wenn sie Symptome bemerken.

Dr.med. Raimund Wilms, HNO-Arzt Allergologie Am Büscherhof 3a, 42799 Leichlingen

* Die Führung eines Allergietagebuches ist für die Diagnostik einer Allergie sehr wichtig. Anhand der Aufzeichnungen kann der Arzt Zusammenhänge mit der Jahres und Tageszeit und der Stärke der Beschwerden erkennen und somit auf verschiedenen Ursachen schließen. Auch zur Verlaufsbeobachtung ist die Führung eines Symptomkalenders wichtig. Um z.B. Nahrungsmittelallergien auf die Spur zu kommen, ist ein Nahrungsmittelprotokoll sehr hilfreich, sowohl für den Arzt als auch für den Patienten.

Allergie-Beratung Charité



ir Crabieli – Redaktion Allergodome – Alle Recnte Vorbenaiten! vvielfältigen ist ausschließlich im privaten Bereich erlaubt – Alles andere bedarf einer ausdrücklichen Genehmig

Anleitung zum Tagebuch

BEWERTUNG

Das tägliche Befinden wird in einen WERT (1 - 6) umgesetzt und in die Spalte "Bewertung" im Kalender eingetragen. Die Bewertungszahlen entnehmen Sie der TABELLE.

Wert	Befinden	Beschreibung
1	Sehr gut	Ganz ohne Beschwerden und ohne Medikamenteneinnahme
2	Gut	Ertragbare Beschwerden mit Medikamenteneinnahme
3	Befriedigend	Kontrollierbare Beschwerden mit Medikamenteneinnahme, Bewegungseinschränkungen
4	Nicht Belastungsfähig	Starke Symptom-Erscheinungen, Bewegungseinschränkungen
5	Schlecht	Bettlegerich, erhöhte Symptom-Erscheinungen, starke Bewegungseinschränkungen
6	Extrem Schlecht	Eine Sofortbehandlung ist erforderlich (Notarzt / Krankenhaus)

BEWERTUNG

Hier stehen fünf Spalten zur Verfügung um Ihre Beschwerden sowie angrenzende relevante (nicht nur gesundheitliche) Bereiche zu erfassen.





Das jetzt ermittelte Ergebnis wird in die JAHRESÜBERSICHT in der entsprechenden Woche (mit einem Punkt oder Kreuz) übertragen. So erhalten Sie im Laufe der nächsten Monate eine Statistik über Ihren Krankheitsverlauf.

AUF-UND ABRUNDEN

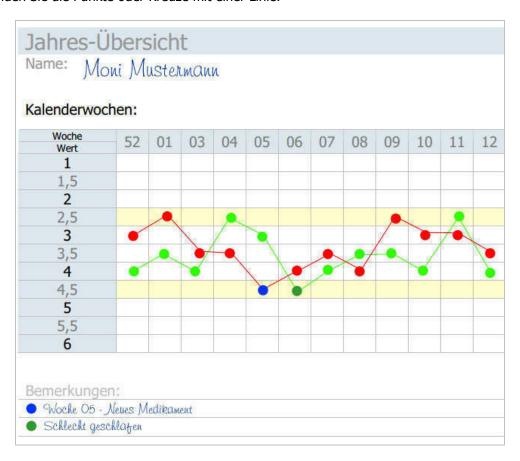
$$34 \div 7 = 4,8571$$
 (Aufgerundet: 4,86) = 5 $29 \div 7 = 4,1428$ (Abgerundet: 4,14) = 4

Zur Übersicht hier eine Umrechnungstabelle:

Mein persönliches Tagebuch

JAHRESÜBERSICHT

Die übertragenen Werte ergeben nun Ihre Gesundheitskurve, an der Sie und auch Ihr Arzt Ihren Krankheitsverlauf verfolgen können. Um diese Kurve noch genauer zu erkennen, verbinden Sie die Punkte oder Kreuze mit einer Linie.

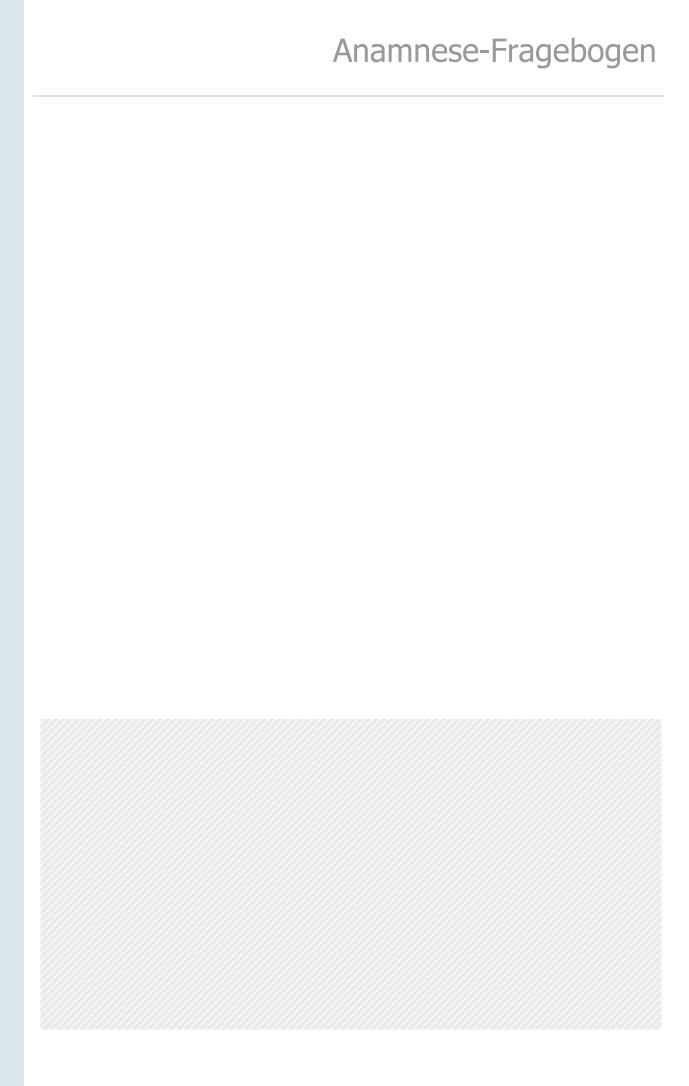


Sollten einzelne Werte nichts mit Ihrer "Haupterkrankung" zu tun haben, sondern mit einer anderen Erkrankung oder auch Situation zusammen hängen, dann vermerken Sie das auf dem Wochenblatt und/oder in der Jahresübersicht. Markieren es in der Jahresübersicht mit einer anderen Farbe oder mit einem anderen Symbol.

NOTIZEN / BERMERKUNGEN

Sollte Ihnen die Zeilen für Notizen/Bemerkungen nicht ausreichen, so benutzen Sie einfach die Rückseite. Es besteht eine extra Seite NOTIZEN, die Sie auf die Rückseite des Kalenderblattes drucken können!

Tragen Sie hier Besonderheiten (z.B. Therapien, neue Medikamente, neuer Arbeitsplatz, neuer Wohnort, Urlaub, etc. und Ihr persönliches Befinden) ein.



Die Anamnese (von griechisch ἀνάμνησις, anámnēsis, "Erinnerung")

ist das Ergebnis einer Erhebung im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit. Die Anamnese fasst die Leidensgeschichte eines Patienten aus seiner persönlichen Erfahrung zusammen.

Im Rahmen der ärztlichen Sorgfaltspflicht ist zusammen mit einer sorgfältigen Erhebung der Anamnese eine Diagnose möglich, die Voraussetzung einer sachgerechten Therapie werden kann. Die Anamnese wird im Regelfall vor oder spätestens bei der medizinischen Untersuchung, z. B. in Form eines schriftlichen Anamnesebogens, erhoben oder ist Teil der Untersuchung, beispielsweise zur Erstellung eines psychopathologischen Befundes.

Bitte lesen Sie den folgenden Fragebogen zuerst in Ruhe durch und füllen Sie ihn danach sorgfältig aus. Beachten Sie, dass sich alle Fragen auf Sie als Patienten beziehen.

ZUR PERSON		
Name:		
Anschrift:		
Geb Datum:	Geb Ort:	
HABEN SIE KINDER?		
Name ① ② ③ ④		GebDatum
5		
ZEIGEN IHRE KINDER ALLI WENN JA, WELCHE?	ERGISCHE REAKTIONEN?	
Art der Erkrankung		Seit wann?
2		
34		
(5)		

ZUR ALLERGIE	
Seit wann haben Sie Beschwerden?	
Wie haben sich diese Beschwerden bemerkbar gemach LEIDEN ODER LITTEN SIE AN FOLGENDEN EI Obstruktive (spastische) Bronchitis Krupp-Husten Säuglingsekzem, Milchschorf Atemnot, Atembeklemmungen, Asthma Atemnot bei körperlicher Anstrengung Husten, Reizhusten, Bronchitis Auswurf, Abhusten von Schleim Schnupfen, Heuschnupfen Niesanfälle Stockschnupfen, behinderte Nasenatmung Kieferhöhlen-, Stirnhöhlenentzündung Häufige Erkältungskrankheiten Sonstige Beschwerden:	RKRANKUNGEN? Augentränen, Augenjucken Bindehautentzündung Nesselsucht, Urticaria, Hautquaddeln Schwellung/Juckreiz von Lippen/Rachen Kratzen im Hals Schwellung der Augenpartie/Augenlider Ekzem, Neurodermitis Migräne, halbseitiger Kopfschmerz Magen-Darm-Beschwerden Häufige Durchfälle, Bauchschmerz Hals- und Mandelentzündungen Kreislaufbeschwerden / Schwindel
SIND BEI NAHEN VERWANDTEN GLEICHARTI WENN JA, WELCHE?	IGE BESCHWERDEN AUFGETRETEN?
Verwandschaftsgrad ① ②	Art der Erkrankung
34	
(5)	

© Peter Crabiell – Redaktion Allergodome - Alle Rechte vorbehalten! Das vervielfältigen ist ausschließlich im privaten Bereich erlaubt – Alles andere bedarf einer ausdrücklichen Genehm

HABEN ODER HATTEN SIE, IHR NACHBAR ODER IHR VORMIETER HAUSTIERE? WENN JA, WELCHE?

Art des Haustieres	Bes	sitzer						
2								
3								
4								
(5)								
FRAGEN ZU IHREN HAUPTBESCHWERD	EN2							
BITTE ART DER BESCHWERDEN EINTRAGEN, Z		EUSCHI	NUPFEN	N, EKZE	ME ETO	C.		
	(5)							
2								
3	7							
4	8							
WANN UND WO TRETEN IHRE BESCHW	/ERDEN ALIE	?						
WANT OND WO TRETEN THRE DESCRIPT	ALINDLIN AUI	•						
	1	2	3	4	(5)	6	7	8
das ganze Jahr hindurch		2	3	4	5	6	7	8
das ganze Jahr hindurch wechselnd, unabhängig von den Jahreszeiten		2	3	4	(5)	6		8
		② □ □ □ □	3	4)	\$	⑥□□□		8
wechselnd, unabhängig von den Jahreszeiten			③ □ □	4	(5) 	©		8
wechselnd, unabhängig von den Jahreszeiten zu bestimmten Tageszeiten								
wechselnd, unabhängig von den Jahreszeiten zu bestimmten Tageszeiten im Haus (Wohnung)								
wechselnd, unabhängig von den Jahreszeiten zu bestimmten Tageszeiten im Haus (Wohnung) im Bett (Schlafzimmer)								
wechselnd, unabhängig von den Jahreszeiten zu bestimmten Tageszeiten im Haus (Wohnung) im Bett (Schlafzimmer) außer Haus								
wechselnd, unabhängig von den Jahreszeiten zu bestimmten Tageszeiten im Haus (Wohnung) im Bett (Schlafzimmer) außer Haus am Arbeitsplatz								
wechselnd, unabhängig von den Jahreszeiten zu bestimmten Tageszeiten im Haus (Wohnung) im Bett (Schlafzimmer) außer Haus am Arbeitsplatz bei Verwandten, Bekannten, Freunden								
wechselnd, unabhängig von den Jahreszeiten zu bestimmten Tageszeiten im Haus (Wohnung) im Bett (Schlafzimmer) außer Haus am Arbeitsplatz bei Verwandten, Bekannten, Freunden bei Infekten								

IN	IN WELCHEN MONATEN TRETEN DIE BESCHWERDEN VERSTÄRKT AUF?								
	☐ Die Beschwerden sind als Dauerbeschwerden während des ganzen Jahres vorhanden.								
	1 – 4 x pro J	lahr	☐ 5 – 10 x pro	Jahr	häufiger als	10 x pro Jahr			
	Die Beschwerden treten zwar während des ganzen Jahres auf, sie sind aber in bestimmten Monaten regelmäßig schlimmer.								
	Januar	☐ Februar	März	April	☐ Mai	Juni			
	Juli	☐ August	September	Oktober	November	Dezember			
	Die Beschwe	erden treten ausscl	nließlich in bestimm	ten Monaten auf.					
	Januar	Februar	März	April	☐ Mai	Juni			
	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember			
TR	ETEN DIE B	ESCHWERDEN	VORWIEGEND Z	ZU EINER BEST	IMMTEN TAGES	ZEIT AUF?			
	Nein								
	Wenn Ja – V	Vann?							
TRI	ETEN DIE B	RESCHWERDEN	VORWIEGEND A	N RESTIMMTE	N ORTEN ALIE?				
				AN DESTIMATE	IN ORTEN AOT:				
	Nein, die Bes	schwerden sind or	tsunabhängig.						
	Ja, besonder	rs die starken Besc	hwerden treten an	folgenden Orten a	auf:				
	In der Wohn	ung - Welche Räu	me?						
	In Kindergar	ten / Schule							
	Bei Tierkonta	akt - Welche Tiere	?						
	Im Freien (W	Viesen, Felder, Sch	wimmbad) Ort?						
	Sonstige Bed	bbachtungen:							

VER	STÄRKEN SICH DIE BESCHWERDEN ?		
	bei Wetterwechsel, Kälte, Kühle, Nebel in der Nähe von Wiesen/Getreidefeldern bei Kontakt mit Wild-, Zoo-, Nutz-oder Haustieren zu Beginn der Heizperiode beim Staubwischen/-saugen, Bettenmachen durch bestimmte Kleidung (Wolle, Pelze) Sonstiges:		bei Sonne, Wärme, Trockenheit, Wind beim Rasenmähen in feuchten Gegenden oder Räumen in staubigen Räumen durch körperliche Belastung (Sport) durch scharfe Gerüche (Sprays, Rauch)
ÄND	DERN SICH IHRE BESCHWERDEN IN FOLGEN	IDEN	SITUATIONEN?
	im Urlaub an der See besser im Urlaub an der See schlechter im Urlaub in den Bergen besser bei trockenen Wetter besser bei feuchten Wetter besser in feuchten Räumen schlechter bei starker Staubentwicklung schlechter beim Bettenmachen schlechter Sonstiges:		mit Beginn der Heizperiode bevorzugt in der eigenen Wohnung schlechter in Räumen mit Holzdecken schlechter in Räumen mit Klimaanlagen schlechter nach Wohnungswechsel besser am Arbeitsplatz besser nach Arbeitsplatzwechsel besser am Wochenende besser
TRE	TEN DIE BESCHWERDEN VORWIEGEND BEI	BES	TIMMTEN TÄTIGKEITEN AUF?
_	Nein, die Beschwerden sind nicht unmittelbar mit eine Ja, besonders bei:	er bes	timmten Tätigkeit verbunden.

TRETEN DIE BESCHWERDEN BEI INTENSIVEM GERUCH, DÄMPFEN, STAUB ODER ANDEREN ATEMWEGSREIZUNGEN AUF? ☐ Ja, die Beschwerden werden durch folgende Reize ausgelöst: SIND BEI TIERKONTAKTEN BESCHWERDEN AUFGETRETEN? Ja (Tierart/Beschwerden): BESTEHT ZEITWEILIG EINE VÖLLIGE ODER WEITGEHENDE BESCHWERDEFREIHEIT? Nein, es besteht nie Beschwerdefreiheit oder Besserung. Ja, besonders gut geht es mir bei folgenden Gelegenheiten: BESTEHT EINE ÜBEREMPFINDLICHKEIT GEGEN MEDIKAMENTE? Penicillin Fiebermittel Beruhigungsmittel Andere Medikamente: WELCHE MEDIKAMENTE SIND BISHER EINGENOMMEN WORDEN? Antihistaminika Hautsalben Cortison-Präparate Dosier-Aerosol Schnupfenmittel Inhaliergerät Andere: Mit Erfolg? Ja Nein

BESTEHEN HAUTALLERGIEN?									
☐ Nein									
☐ Ja, es kommt bei Kontakt mit folgenden Stoffen zu Ha	autjucken,	Ekzemen od	er Quaddeln:						
BESTEHT EINE ÜBEREMPFINDLICHKEIT GEGEN	INSEKTI	ENSTICHE ((BIENE, WESPE)?						
			,						
☐ Nein									
Ja, es sind folgende Reaktionen nach dem Stich einer	>Tierart<	<							
ICT DEDELTC FIN ALLED CIETECT DUDCHCEFÜUR	DT WOD	DENIS							
IST BEREITS EIN ALLERGIETEST DURCHGEFÜHI	RT WOR	DEN?							
Nein									
☐ Ja (<i>Verwenden Sie zur besseren Übersicht das Daten</i>	nblatt: Alle	rgie-Test)							
IST EINE HYPERSENSIBILISIERUNG (DESENSIBI	ILISIERU	ING) DURC	HGEFÜHRT WORDEN?						
☐ Nein									
☐ Ja (<i>Verwenden Sie zur besseren Übersicht das Daten</i>	nblatt: The	erapien)							
DAS THEMA RAUCHEN									
	JA	NEIN	Wenn ja, wie viel pro Tag?						
Rauchen Sie?			rreim ju, me mei pre rag.						
Haben Sie geraucht?									
Wird in Ihrer Wohnung geraucht?									
Haben Sie Raucher in Ihrer Familie?									
Wird am Arbeitsplatz geraucht?									

SINI	SIND OPERATIONEN IM HALS-NASEN-OHRENBEREICH DURCHGEFÜHRT WORDEN?								
	Nein								
	Ja, folgende Operationen sind durchgeführt worden:								
	CHE SONSTIGEN MAßNAHM CHGEFÜHRT? - WELCHE Ä			DER E	ERKRANKUNG				
	Nein								
	Ja								
	Hausarzt		Internist		Homöopathischen Arzt				
	Lungenfacharzt Spezialklinik		Hautarzt Hals-Nasen-Ohrenarzt		Kurklinik Psychotherapeut				
	Krankenhaus, stationär		Heilpraktiker		T Sychlodia apode				
	Sonstige Ärzte, Kliniken:								
WEL	.CHE BEHANDLUNGSVERFA	HREI	N SIND SONST NOCH DURG	CHGE	FÜHRT WORDEN?				
	Akupunktur		Autogenes Training		Atemtherapie, Atemschule				
	Andere Behandlung:		, tate government		,				
_									
	Mit Erfolg?		Ja		Nein				
WIE	IST DER AUSWURF BESCH	AFFE	EN?						
	Es besteht nie Auswurf.								
	wann?		wie viel?		wie ist er beschaffen?				
	Ganzjährig		Sehr wenig		Weißlich, zäh				
	Einige Wochen im Jahr		Reichlich		Gelblich, grünlich				

NAHRUNGSMITTEL BESTEHEN NAHRUNGSMITTELN UNVERTRÄGLICHKEITEN? Nein, ist nicht aufgefallen. Ja, ich vertrage folgende Nahrungsmittel nicht: **OBST UND FRÜCHTE Apfel Apfelsine Ananas Aprikose** Banane Birne Erdbeere Kirschen Pfirsich Zitrone Sonstiges: GEMÜSE UND HÜLSENFRÜCHTE Kartoffeln Bohnen Erbsen Kohl Linsen Mohrrüben Salate Sellerie Spinat Paprika Tomaten Zwiebel Sonstiges: NÜSSE Erdnüsse Haselnüsse Mandeln Paranüsse Sonstiges:

Anamnese-Fragebogen

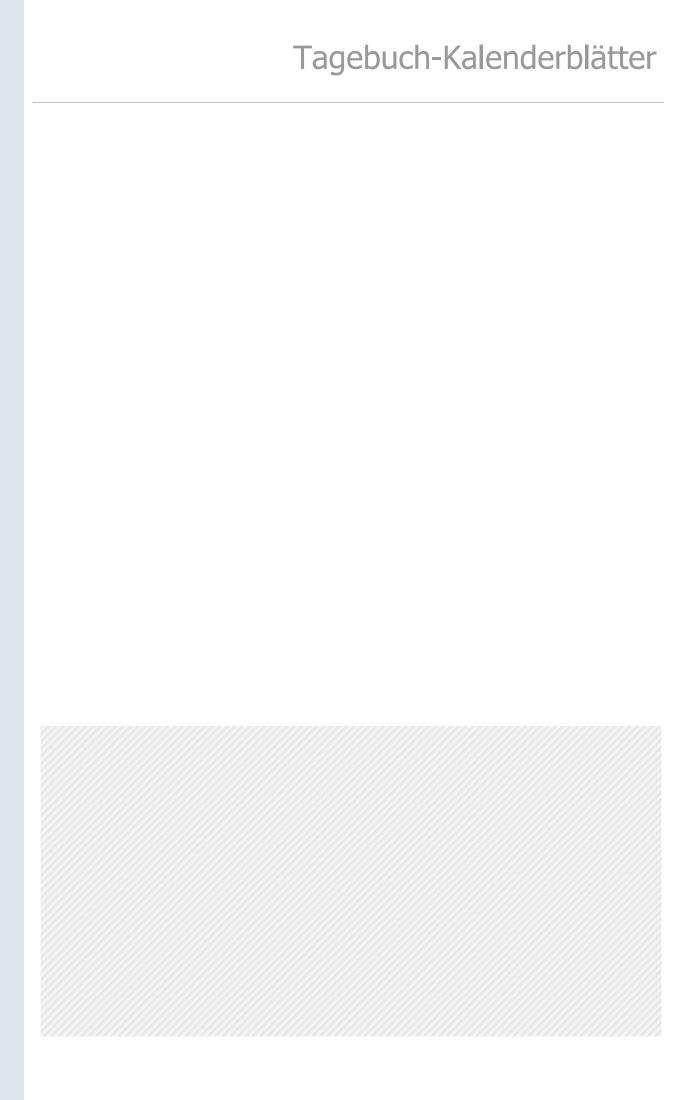
Zutreffendes bitte ankreuzen ⊠ oder unterstreichen **MEERESFRÜCHTE** Fisch Krabben/Krebse Muscheln Sonstiges: **MILCHPRODUKTE** Milch Joghurt Käse Quark Sonstiges: ANDERE LEBENSMITTEL Backwaren Bier **Brot** Fertiggerichte Fleisch Eier Fruchtsäfte Gewürze Honig Kakao Konservenkost Ketchup Mehlstaub Rotwein Sekt Schokolade **Tonicwasser** Wein Wurst Sonstiges: WELCHE BESCHWERDEN WERDEN DURCH NAHRUNGSMITTEL AUSGELÖST? Asthma, Atembeklemmungen Übelkeit, Erbrechen, Durchfall Wässriger Schnupfen, Niesen Heftiger Kopfschmerz, Migräne Lippen-, Rachenschwellung Ekzem-Verschlimmerung Gaumen- Ohrenjucken Nesselsucht, Urticaria, Hautjucken

Sonstiges:

WC	WOHNUNG UND UMGEBUNG						
Lage Ihrer Wohnung:				Ist I	hre Wohnung in der Nähe von ?		
	in der Großstadt in der Kleinstadt auf dem Land im Industriegebiet im Neubau im Altbau				Rasen, Wiesen, Getreidefelder Sträucher, Hecken Gärten Wälder, Parkanlagen Tierhaltungen, Zoo Fabriken		
HEI	ZUNGSART						
	Zentralheizung		Elektroheizun	g	Ofenheizung		
IST	IHRE WOHNUNG						
	trocken		feucht		Stockflecken		
HAE	BEN SIE						
	einen Garten Teppiche Wandbehänge				Zimmerpflanzen oder Blumen Felle, Pelze, Jagdtrophäen		
MAT							
	Schaumstoff Rosshaar Seegras				Federkern Kapok Latex		
BETTDECKE UND KOPFKISSEN AUS:							
	Federn Tierwolle Seide				Daunen Kunstfaser		
BEN	<mark>IUTZEN SIE ALLERGENDICH</mark>	ITE B	<mark>ETTÜBERZÜ</mark>	JGE?			
	la				Nein		

WELCHER BODENBELAG LIEGT IN IHRER WOHNUNG?	
☐ Teppich☐ Linoleum☐ Laminat☐ Parkett☐ Fliesen	
VERURSACHEN / VERSTÄRKEN DÄMPFE, GERÜCHE ODER STAUB DIE BES	CHWERDEN?
Hausstaub Temperaturwechsel Braten-/Kochdunst Heu-/Strohstaub Waschmittelstaub Mehlstaub Haar-/Körper-/Farbspray	,
Sonstiges:	
VERWENDEN SIE POLLENSCHUTZGITTER/VLIESE?	
☐ Ja ☐ Nein	
WURDEN BEREITS BESTIMMTE DINGE ABGESCHAFFT? WURDE EINE WOHNUNGSSANIERUNG DURCHGEFÜHRT?	
Nein	
☐ Ja, folgende Dinge wurden verändert:	

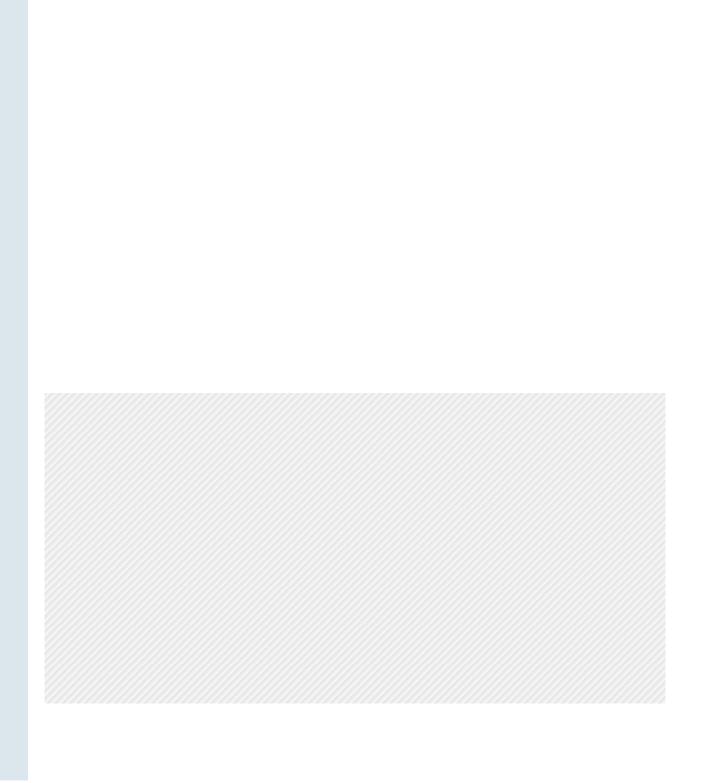
Peter Crabiell – Redaktion Allergodome – Alle Rechte vorbehalten!
 Das vervielfältigen ist ausschließlich im privaten Bereich erlaubt – Alles andere bedarf einer ausdrücklicher



⇒ Wenn Sie den Wochendurchschnittswert in die Jahresübersicht übertragen, so erhalten Sie am Ende des Jahres eine Verlaufsübersicht Ihrer Beschwerden!





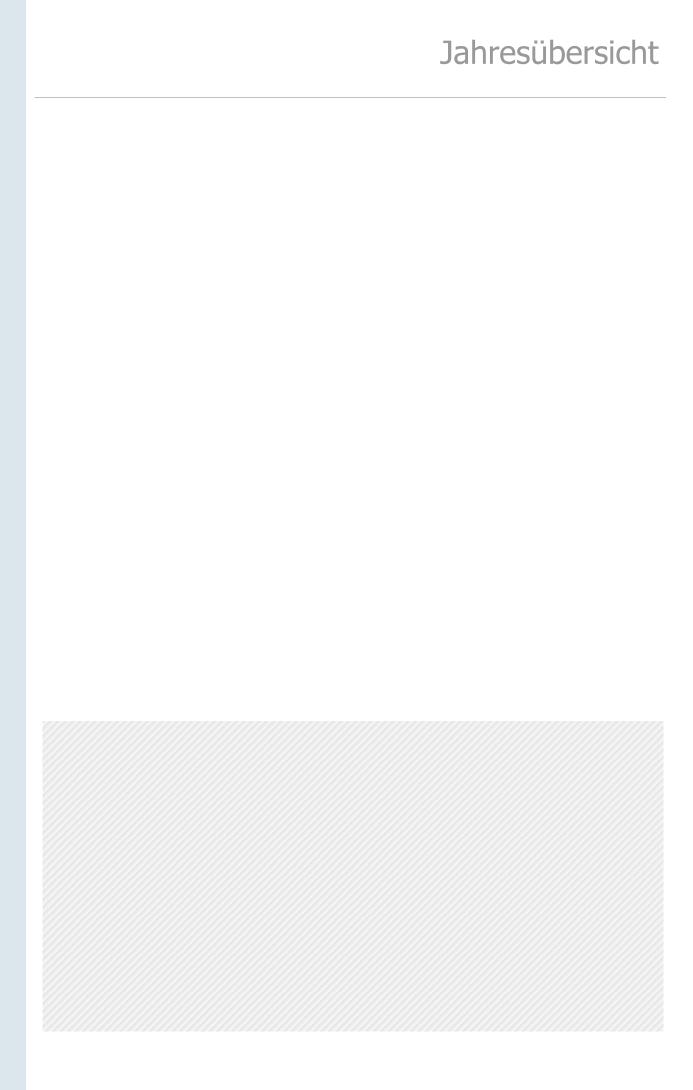


III.	1			н			
IN.	н.		ተ	п	$\overline{}$		
IΝ	Ш			ı		-	
	w	\smile	ч.		_	\sim	

MO	
DI	
MI	
DO	
FR	
SA	
\sim	
SO	

Notize	en
MO	
DI	
MI	
DO	
FR	
SA	
SO	

www.allergodome.de



Jahresübersicht

Jahr:

Name:

Kalenderwochen

27											
26											
25											
24											
23											
22											
21											
20											
19											
18											
17											
16											
15											
14											
13											
12											
11											
10											
60											
08											
07 (
90											
02											
04											
03											
02											
01											
Woche	П	1,5	2	2,5	ĸ	3,5	4	4,5	2	5,5	9

Bemerkungen:

Jahresübersicht

Jahr:

Name:

Kalenderwochen

53											
52											
51											
20											
49											
48											
47											
46											
45											
44											
43											
42											
41											
40											
39											
38											
37											
36											
35											
34											
33											
32											
31											
30											
3 29											
28											
che ir		2	۵.	2		2		2		2	
Woche	-	1,	(7	2,	(٢)	3,	4	4,	<u>τυ</u>	5,	9

Bemerkungen:

		1	
	ì	=	
	Ì		,
	3		
	i		٦
	ì	i	
	Ì		5
]
	ç	ī	
:			
	(١	
(()

Jahresübersicht

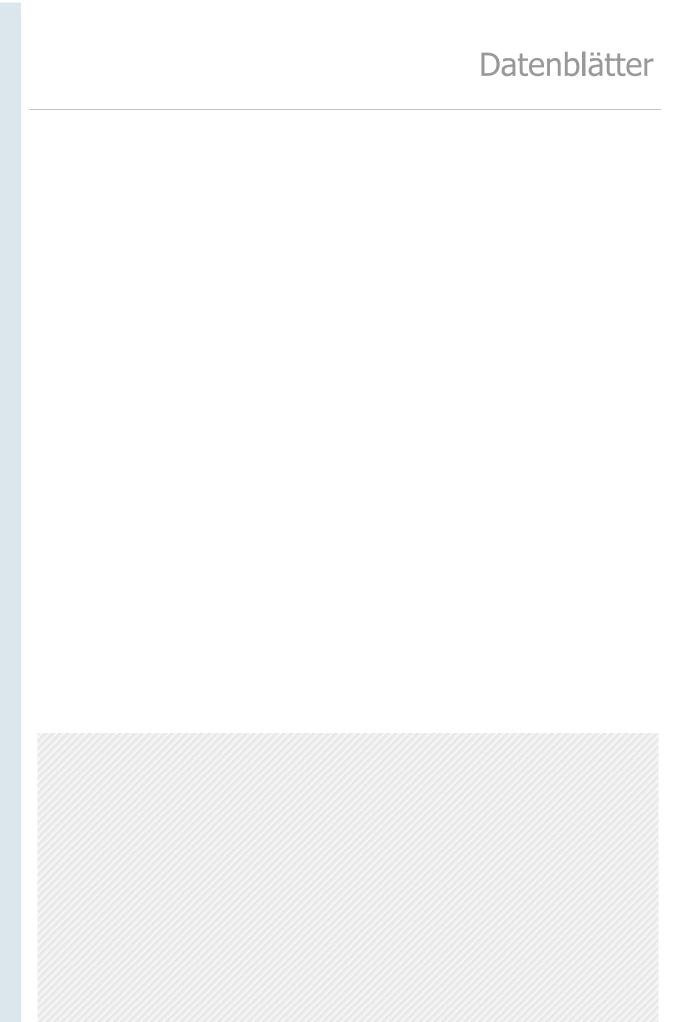
Jahr:

Name:

Kalenderwochen

27											
26											
25											
24											
23											
22											
21											
20											
19											
18											
17											
16											
15											
14											
13											
12											
11											
10											
60											
08											
07											
90											
02											
04											
03											
02											
01											
Woche Wert	П	1,5	2	2,5	က	3,5	4	4,5	5	5,5	9

53											
52											
51											
20											
49											
48											
47											
46											
45											
44											
43											
42											
41											
40											
39											
38											
37											
36											
35						,					
34											
33											
32											
31											
30											
29											
28											
Woche	1	1,5	2	2,5	m	3,5	4	4,5	5	5,5	9



Allergie-Test

Name:

LISTEN SIE HIER ALLE DURCHGEFÜHRTEN ALLERGIE-TEST AUF!

Art des Test:	durchgeführt von-bis:	Test-Ergebnis:	behandelnder Arzt, Therapeut, Klinik:
Bemerkungen:	HINWEIS: Sollten Sie einzelne Daten r	nicht wissen, so fragen Sie Ihren Arzt!	



Medikamenten-Allergie

Name:

SOLLTEN SIE AUF BESTIMMTE MEDIKAMENTE ÜBEREMPFINDLICH REAGIEREN, SO TRAGEN SIE DIESE IN DIE NACHSTEHENDE TABELLE EIN!

Medikament:	festgestellt am:	Reaktion:	festgestellt durch:
Bemerkungen:			



Negativliste

Name:

FÜR AUFFÄLLIGE GEBRAUCHSARTIKEL UND/ODER LEBENSMITTEL

Bewertung: 1 unauffällig | 2 leichte Beschwerden | 3 nicht verwendbar

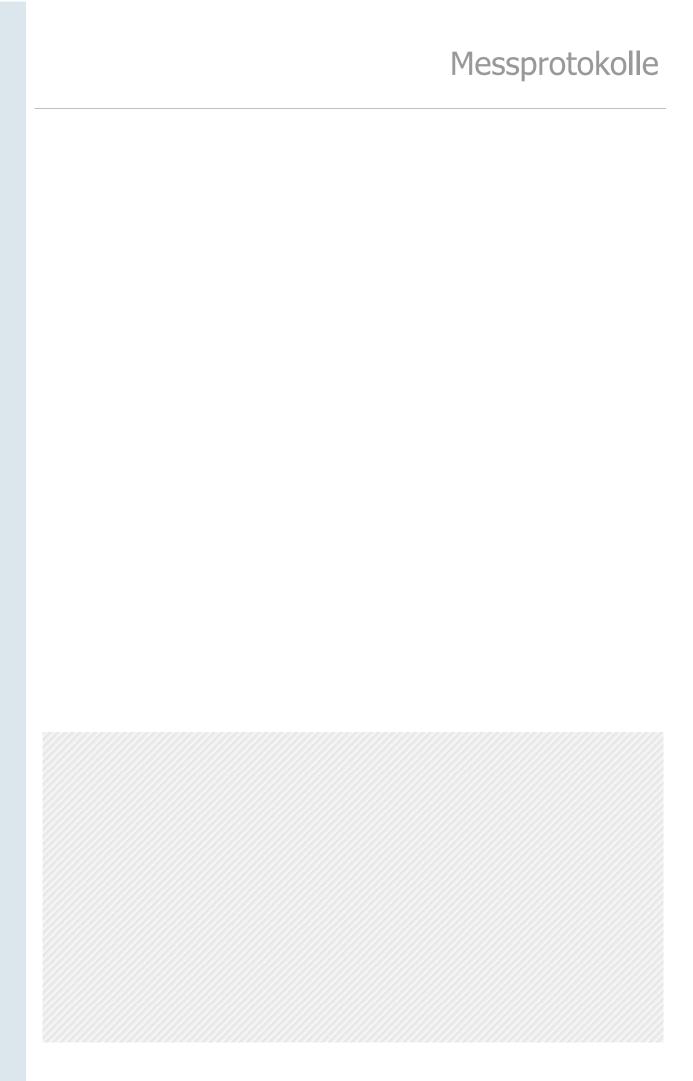
Datum	Artikel	Reaktion	Bewertung
_			
			(2)
			3
			2
			3
			<u> </u>
			3
			(2)
			3
			2
			3

Therapien

Name:

BEREITS DURCHGEFÜHRTE THERAPIEN IN NACHFOLGENDE TABELLE EINTRAGEN!

Art der Therapie:	durchgeführt von-bis:	Therapie-Ergebnis:	behandelnder Arzt, Therapeut, Klinik:
Bemerkungen:			



Peak-Flow-Protokoll Jahr:

Monat:

Name:

-	V - sn9groM											
ΘM	M - snegroM											
	V- egatimioV											
	M- agettimnoV											
	V - sebtimitags - V											
	N - sbabda											
	V - sbnədA N - sbnədA											
DI	Morgens - V											
	Morgens - N											
	V- settlimroV											
	M- agettimroV											
	V - spettimhoeM											
	M - spettimhoeM											
	V - sbn9dA											
	M - sbn9dA											
Ξ	V - snagroM											
	Morgens - N											
	V- spettimnoV											
	M- agattimnoV											
	V - egettimdəsM											
	M - sęettimdosM											
	V - sbn9dA											
	M - sbn9dA											
00	Morgens - V											
	Morgens - N											
	V- sgattimroV											
	M- sgattimnoV											
	V - egettimhoeM											
	M - sgettimhosM										- 1	
	V - sbn9dA											
	M - sbn9dA											
出	Morgens - V											
ŀ	Morgens - N											
-	V- settimnoV											
-	V- settimiov											
	V - seetimdseV											
	И - sgatimhoaV											
	V - sbn9dA											
0)	M - sbn9dA											
SA	Morgens - V											
	Morgens - N											
	V- seattimnoV											
	V- vormittags -V											
	V - seathimtaga											
	M - seathimtags - M											
	V - sbnadA											
S	M - sbn9dA											
20	Morgens - V											
	V- Vormittags -V											
	V- vormittags -N											
-	V - Vachmittags - V											
-	M - sebmimash											
-	V - sbn9dA											
	M - sbn9dA											
	N. COURCE											

Bemerkungen:

V = vor der Medikamenteneinnahme | N = nach der Medikamenteneinnahme

Pollen-Monatsblatt - Version 01 Jahr:

Monat:

Name:

		Keine
nahme		səbiqsuos
ledikamenteneinnahı		Homöopathisches
ament		Antiallergische Tabletten
Medik		Nasentropfen (Spray)
		Augentropfen
		грагке
	-unge	əgißäm
	Lu	geringe
den		keine
chwer		гғзқк
lie Bes	se	əgißäm
ı sich c	Nase	geringe
Wo äußern sich die Beschwerder		keine
Wo		гғэгке
	ngen	əgißäm
	Aug	geringe
		keine
Gesamtbefinden		1-10 1= sehr gut 10= sehr schlecht
Wo halten Sie sich auf		PLZ / Ort
Tag		

01	02	03	04	05	90	07	80	60	10	11	12	13	15

Bemerkungen:

Pollen-Monatsblatt - Version 01
Jahr:

Monat:

Name:

		Keine
ahme		sə6i̯suos
eneinn		Romöopathisches
edikamenteneinnahme		nettallergische Tabletten
Medik		Nasentropfen (Spray)
		nəlqorinəpuA
		starke
	unge	อูยเปิธัต
	Lun	әбиіләб
len		kejue
Wo äußern sich die Beschwerder		starke
ie Bes	ë	əgißäm
sich d	Nase	geringe
iußern		keine
Woë		starke
	en	əgißäm
	Augen	geringe
		kejne
_		ш
Gesamtbefinden		1-10 1= sehr gut 10= sehr schlecht
samtbe		1-1(1= sehr s : sehr s
Ges		10=
ich auf		
Wo halten Sie sich auf		PLZ / Ort
halter		P.C.
Wo		
Tag		

Bemerkungen:

2
S
ē
>
- 1
廿
<u>_</u>
ő
45
ש
Ö
\sum
Œ
0

Jahr:

Monat:

Name:

<u>_</u>	~
Wette	В
	S
Welches Medikament eingenommen? Welche Pollen haben Sie belastet? - Sonstiges	
	က
)ge	7
Lu	-
	0
	က
Haut	7
坣	-
	0
	m
lase	7
Z	П
	0
	က
Auge	7
∢	
_	0
Tag	

01	02	03	40	05	90	07	80	60	10	11	12	13	14

Bemerkungen:

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an. 0 = keine | 1 = leicht | 2 = mäßig | 3=stark

Wetter: S=Sonne | B=Bewölkt | R=Regen

02
Version
- 1
士
O
tsb
Ö
10h
4
<u>U</u>
0
Δ_

Jahr:

Monat:

Name:

	~
Wetter	മ
	S
Welches Medikament eingenommen? Welche Pollen haben Sie belastet? - Sonstiges	
	က
nge	7
3	
	0
	ო
Haut	7
I	
	0
	က
Nase	7
_	_
	0
	ĸ
Auge	2
	1
D	0
Tag	

							30	

Bemerkungen:

Bitte kreuzen Sie die Stärke Ihrer Beschwerden an. $0 = \text{keine} \mid 1 = \text{leicht} \mid 2 = \text{mäßig} \mid 3 = \text{stark}$

Wetter: S=Sonne | B=Bewölkt | R=Regen

Urtikaria/Nesselsucht-Monatsblatt

Monat:

Name:

Bemerkungen	z.B. Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente
Antihistaminikum	morgens mittags abends nachts
Summe	Addieren Sie hier den Quaddel und Juckreiz-Wert
Juckreiz-Wert	keine leicht mittel stark
Quaddel-Wert	> 20 50 – 20 < 50 Kejue

(m)	6	60	(m)	(m)	(m)	(m)	(m)	60	(m)	(m)	(m)	(m)	(m)	6
<u></u>	0	0	0	0	0	©	0	0	©	0	©	0	0	0
\bigcirc	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	60	6	60	60
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Θ	Θ	\ominus	\ominus	\ominus	Θ	\bigcirc	\ominus	\bigcirc	Θ	\ominus	\bigcirc	\ominus	Θ	Θ
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01	05	03	40	02	90	07	80	60	10	11	12	13	14	15

Quaddel-Wert

- © keine Quaddeln
 © weniger als 20 Quaddeln
 © zwischen 20 und 50 Quaddeln
 © mehr als 50 Quaddeln

Juckreiz-Wert

- wein Juckreiz
 Leicht (vorhanden, doch nicht störend)
 wittel (störend, aber keine wesentliche Beeinflussung der täglichen Aktivitäten oder des Schlafs)
 stark (schwerer Juckreiz, der die täglichen Aktivitäten oder den Schlaf wesentlich beeinflusst

Urtikaria/Nesselsucht-Monatsblatt

Monat:

Name:

Bemerkungen	z.B. Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente
Antihistaminikum	morgens mittags abends nachts
Summe	Addieren Sie hier den Quaddel und Juckreiz-Wert
Juckreiz-Wert	keine leicht mittel stark
Quaddel-Wert	> 20 50 – 20 < 50 Keiue
Tag	

(m)	(m)	(m)	(m)	(m)	(m)	(m)	(m)	(m)	(m)	60	(m)	(m)	60	(m)	60
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Θ	Θ	Θ	\ominus	Θ	\ominus	\bigcirc	Θ								
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	6	60	60	0	6	6	6	60	6	60	0	6	60	6	60
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Quaddel-Wert

- © keine Quaddeln
 © weniger als 20 Quaddeln
 © zwischen 20 und 50 Quaddeln
 © mehr als 50 Quaddeln

Juckreiz-Wert

- ® kein Juckreiz
 D Leicht (vorhanden, doch nicht störend)
 Ø Mittel (störend, aber keine wesentliche Beeinflussung der täglichen Aktivitäten oder des Schlafs)
 Ø Stark (schwerer Juckreiz, der die täglichen Aktivitäten oder den Schlaf wesentlich beeinflusst

Urtikaria/Nesselsucht-Wochenblatt

Woche / von:

bis:

Name:

Bemerkungen	z.B. Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente
Antihistaminikum	morgens abends nachts
Summe	Addieren Sie hier den Quaddel und Juckreiz-Wert
Juckreiz-Wert	keine leicht mittel
Quaddel-Wert	> 20 < 50 – 20 < 50
Tag	

Bewerten Sie zuerst Ihre Beschwerden der letzten 24 Stunden bezüglich der Quaddeln und des Juckreizes,

(1)	60	60	(m)	(m)	(m)	<u></u>
\bigcirc	0	0	0	\bigcirc	\bigcirc	(C)
\bigcirc	\ominus	\bigcirc	Θ	\bigcirc	Θ	Θ
	0	0	0	0		0
0	0	6	6	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0
Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ	Θ
0	0	0	0	0	0	0
OM	DI	M	00	FR	SA	20

Den so genannten wöchentlichen Urtikaria-Aktivitätsscore (UAS7) erhalten Sie, indem Sie am Ende einer Woche die Belastung durch das Addieren aller gemachten Bewertungen (max. 42) ermitteln. Die tägliche Bewertung (UAS) sollte immer zur gleichen Tageszeit ausgefüllt werden. Rückblickend werden immer die letzten 24 Stunden betrachtet.

in die Jahresübersicht

Ubertragen Sie den Gesamtwert (UAS7)

Quaddel-Wert

- © keine Quaddeln
 © weniger als 20 Quaddeln
 © zwischen 20 und 50 Quaddeln
 ③ mehr als 50 Quaddeln

Juckreiz-Wert

- ein Juckreiz
 Leicht (vorhanden, doch nicht störend)
 Mittel (störend, aber keine wesentliche Beeinflussung der täglichen Aktivitäten oder des Schlafs)
 Stark (schwerer Juckreiz, der die täglichen Aktivitäten oder den Schlaf wesentlich beeinflusst

UV-Messprotokoll				Bestrahlı	ungsart: [Bestrahlungsart: ☐ UV-A ☐ PUVA ☐ UV-B	A □ UV-B
		M050					
Janr:		Monati			Name:		
Tag Dosis	Zeit	Tag	Dosis	Zeit	Tag	Dosis	Zeit
01		11			21		
02		12			22		
03		13			23		
04		14			24		
05		15			25		
90		16			26		
07		17			27		
80		18			28		
60		19			29		
10		20			30		
					31		
Tragen Sie hier Ihre Bestrahlungszeiten oder	szeiten oder	Bemerkungen:	ungen:				
die Dosis ein, damit Sie einen Überblick مال المقطرة	erblick ie bereite						
benalten, wie viel OV-Stranlung sie bereits erreicht haben.	ie Dereits						
Nach einem Behandlungszyklus können Sie	önnen Sie						
das Blatt zu Ihren Gesundheits-Unterlagen	nterlagen						
tun oder Ihrer Patientenakte beim Hautarzt	n Hautarzt						
IIIIzulugen lassen.							
Die Dosis wird dabei meist in Joule pro	e pro						
Quadratzentimeter angegeben, die Zeit in	ie Zeit in						
Minuten und Sekunden.							

© allergodome.de

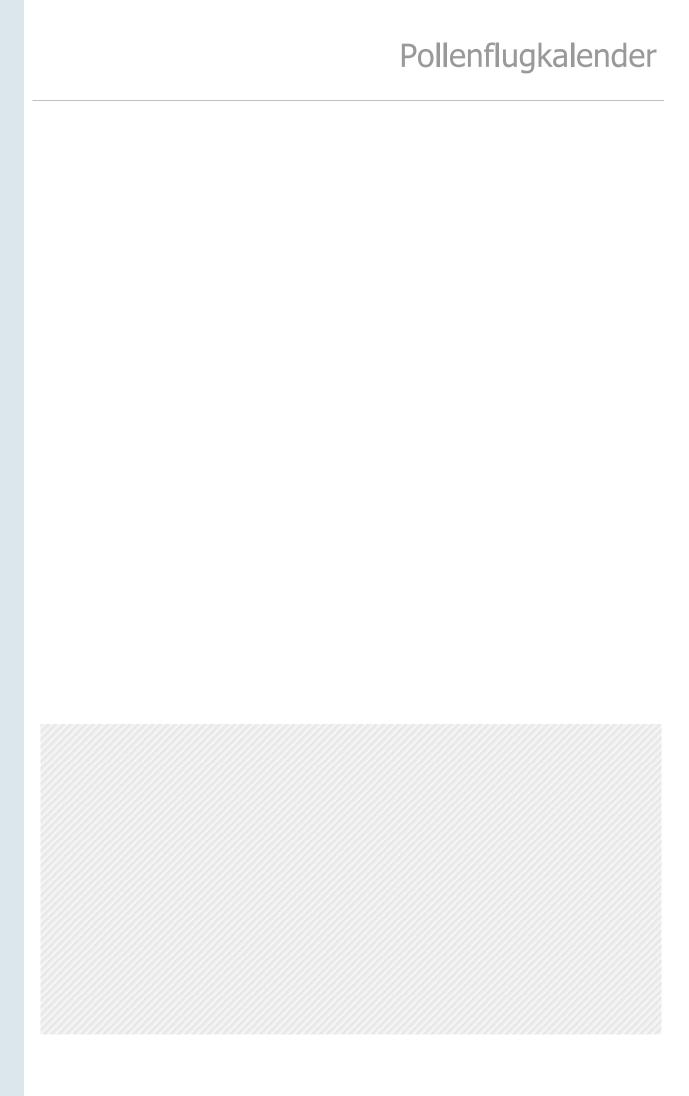
=		-
		-
	C)
	V	_
		_
	\subset)
		J
۰	=	
	\subset)
	7	_
	\subseteq	<u>)</u>
	U)
	C)
	\succeq	
		2
	\leq	2
-		
		2

Jahr:

Monat:

Name:

Beschwerden: Durchfall = Du | Verstopfung = Ve | Blähungen = Bl | Bauchkrämpfe = Kr | Völlegefühl = Vö | Sodbrennen = S



Pollenkalender

INFORMATIONEN

www.met.fu-berlin.de/de/polleninfo

zum Thema Pollen

➤ aiduelle Pollenflugvorhersage für Berlin und Brandenburg

www.fu-berlin.de/ambrosia zum Thema Ambrosia



Januar	Februar	März	April	Mai	Juni
Körperliches Befinden	Körperliches Belinden 事品	Körperliches Befinden	Körperliches Befinden Georgia Greek Greek	Körperliches Belinden Bakker Gregoria	Körperliches Befinden
1 Fr	1 Mo	1 Mo	1 Do	1 Sa	1 Di
2 Sa	2 Di	2 Di	2 Fr	2 So	2 Mi
3 So	3 Mi	3 Mi	3 Sa	3 Mo	3 Do
4 Mo	4 Do	4 Do	4 So	4 Di	4 Fr
5 Di	5 Fr	5 Fr	5 Mo	5 Mi	5 Sa
6 Mi	6 Sa	6 Sa	6 Di	6 Do	6 So
7 Do	7 So	7 So	7 Mi	7 Fr	7 Mo
8 Fr	8 Mo	8 Mo	8 Do	8 Sa	8 Di
9 Sa	9 Di	9 Di	9 Fr	9 So	9 Mi
10 So	10 Mt	10 Mi	10 Sa	10 Mo	10 Do
11 Mo	11 Do	11 Do	11 So	11 Di	11 Fr
12 Di	12 Fr	12 Fr	12 Mo	12 Mi	12 Sa
13 Mi	13 Sa	13 Sa	13 Di	13 Do	13 So
14 Do	14 So	14 So	14 Mi	14 Fr	14 Mo
15 Fr	15 Mo	15 Mo	15 Do	15 Sa	15 Di
16 Sa	16 Di	16 Di	16 Fr	16 So	16 Mi
17 So	17 Mi	17 Mi	17 Sa	17 Mo	17 Do
18 Mo	18 Do	18 Do	18 So	18 Di	18 Fr
19 Di	19 Fr	19 Fr	19 Mg	19 Mi	19 Sa
20 Mi	20 Sa	20 Sa	20 Di	20 Do	20 So
21 Do	21 So	21 So	21 Mi	21 Fr	21 Mo
22 Fr	22 Mo	22 Mo	22 Do	22 Sa	22 Di
23 Sa	23 Di	23 Di	23 Fr	23 So	23 Mi
24 So	24 Mi	24 Mi	24 Sa	24 Mo	24 Do
25 Mo	25 Do	25 Do	25 So	25 Di	25 Fr
26 Di	26 Fr	26 Fr	26 Mo	26 Mi	26 Sa
27 Mi	27 Sa	27 Sa	27 Di	27 Do	27 So
28 Do	28 So	28 So	28 Mi	28 Fr	28 Mo
29 Fr		29 Mo	29 Do	29 Sa	29 Di
30 Sa		30 Di	30 Fr	30 So	30 Mi
31 So		31 Mi		31 Mo	

Die durchschnittliche Pollenbelastung der reievanten Pollen für Deutschland wurde aus Literatur und veröffentlichten Kalendern enteilt.

© Freie Universität Serlin 2021

Pollenkalender

Reagieren Sie allergisch auf Pollen?
Kreuzen Sie jeden Tag ihr körperliches Befinden in eine der Beschwerdespalten an (QSQS). Die farbigen Spalten daneben stellen die durchschstliche Pollenbeissitzig in Deutschland dar. Hier können Sie zusätzlich Tag für Tag den trasskaltlichen Flug der verschiedenen Pollen eintragen (g = gering, n = mäßig, s = stark, e = exhem stark) und die Engebnisse mit Ihrem Aust besprechen. Der dangesiellte Pollenburgslender dent zur Orenferung. Schwankungen und zeistliche Verschiebungen sind möglich, ebenso wie regionale Unterschiede.



Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
Competition Services Belinden Page 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19	Körperliches Befinden 5 25 25 25 25 25 25 25 25 25 25 25 25 2	Körperliches Befinden 3 5 5 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6	Körperliches Befinden as Suduk	Körperliches Befinden	Körperliches Befinden
1 Do	1 So	1 Mi	1 Fr	1 Mo	1 Mi
2 Fr	2 Mo	2 Do	2 Sa	2 Di	2 Do
3 Sa	3 Di	3 Fr	3 So	3 Mi	3 Fr
4 So	4 Mi	4 Sa	4 Mo	4 Do	4 Sa
5 Mo	5 Do	5 So	5 Di	5 Fr	5 So
6 Di	6 Fr	6 Mo	6 Mi	6 Sa	6 Mo
7 Mi	7 Sa	7 Di	7 Do	7 So	7 Di
8 Do	8 So	8 Mi	8 Fr	8 Mo	8 MI
9 Fr	9 Mo	9 Do	9 Sa	9 Di	9 Do
10 Sa	10 Di	10 Fr	10 So	10 Mi	10 Fr
11 So	11 Mi	11 Sa	11 Mo	11 Do	11 Sa
12 Mo	12 Do	12 So	12 Di	12 Fr	12 So
13 Di	13 Fr	13 Mo	13 Mi	13 Sa	13 Mo
14 Mi	14 Sa	14 Di	14 Do	14 So	14 Di
15 Do	15 So	15 Mi	15 Fr	15 Mo	15 Mi
16 Fr	16 Mo	16 Do	16 Sa	16 Di	16 Do
17 Sa	17 Di	17 Fr	17 So	17 Mi	17 Fr
18 So	18 Mi	18 Sa	18 Mo	18 Do	18 Sa
19 Mo	19 Do	19 So	19 Di	19 Fr	19 So
20 D(20 Fr	20 Mo	20 Mi	20 Sa	20 Mo
21 Mi	21 Sa	21 Di	21 Do	21 So	21 Di
22 Do	22 So	22 Mi	22 Fr	22 Mo	22 Mi
23 Fr	23 Mo	23 Do	23 Sa	23 Di	23 Do
24 Sa	24 Di	24 Fr	24 So	24 Mi	24 Fr
25 So	25 Mi	25 Sa	25 Mo	25 Do	25 Sa
26 Mo	26 Do	26 So	26 Di	26 Fr	26 So
27 Di	27 Fr	27 Mo	27 Mi	27 Sa	27 Mo
28 Mi	28 Sa	28 Di	28 Do	28 So	28 Di
29 Do	29 So	29 Mi	29 Fr	29 Mo	29 Mi
30 Fr	30 Mo	30 Do	30 Sa	30 Di	30 Do
31 Sa	31 Di		31 So		31 Fr