

Vermerke der Eltern:

Monat Datum	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
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.												

Vermerke der Eltern:

Monat Datum	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
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.												

Bitte folgende Zeichen verwenden :

- Leichte Atemnot ○ Schnupfen I Augen A
 Asthma anfall ● Fieber F
 Husten + | ++ | +++ Auswurf S
 Fehltage wegen dieser Erscheinungen : Umrandung

THERAPIE

Antiallergika

Bronchospasmolytika

Kortikoide

Antibiotika

Inhalation
mit Verneblergeräten