## 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.												

# Tagebuch

## Diese Karte bitte bei jeder Arztkonsultation vorlegen

Behandelnder Arzt: _	
Name:	
vorname:	
Geburtsdatum:	
Nächster Termin:	Kuren:

## Vermerke der Eltern:

Monat Datum	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 Z	eichen verwenden	:					
Leichte Atemnot	: 0	Schnupfen	I	Augen	A		
Asthma anfall	•	Fieber	F				
Husten	+ ++ +++	Auswurf	S				
Fehltage wegen dieser Erscheinungen : Umrandung							

PIE	Antiallergika	Bronchospasmolytika	Kortikoide	Antibiotika	Inhalation mitVerneblergeräten
THERA					