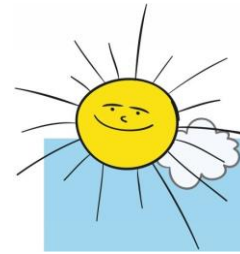


Jahr:

Monat Datum	Januar	Febr.	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.		X										
31.		X		X		X			X		X	



Kinderpneumologen

Dr. Stefan Förster

Dr. Sabine Zeil

# Symptomtagebuch

Bitte bei jeder Vorstellung mitbringen.

Name:

\_\_\_\_\_

Vorname:

\_\_\_\_\_

Schnupfen/Niesen

I

Antiallergikum

X

Symptome an Augen

A

Salbutamolspray

S

Husten

+

Atemnot

O

Jahr:

Monat Datum	Januar	Febr.	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.		X										
31.		X		X		X			X		X	

Jahr:

Monat Datum	Januar	Febr.	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.		X										
31.		X		X		X			X		X	