

MEIN ALLERGIE- TAGEBUCH



TYPISCH ALLERGIE

Allergisch auf ...?

Den Auslösern auf der Spur

Immer mehr Menschen zeigen eine Überreaktion auf harmlose Dinge, die eigentlich keine Körperabwehr auslösen sollten. Mit diesem Tagebuch finden Sie heraus, welches Allergen bei Ihnen zu einer solchen Reaktion führt. Notieren Sie dazu täglich, wie es Ihnen geht. Nehmen Sie das Tagebuch mit zum nächsten Termin in Ihrer Arztpraxis und besprechen Sie alle Möglichkeiten, Ihre Allergie dauerhaft in den Griff zu bekommen. Mehr dazu erfahren Sie unter **TypischAllergie.de**.

Praxisstempel:

Dieses Allergie-Tagebuch gehört:

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Therapiepräparat(e)/Allergene

Meine nächsten Termine:

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

Monat/Jahr:

Kalendertag	Wo traten Beschwerden auf bzw. welcher Art waren sie und wie beurteilen Sie deren Stärke?				
	Einteilung: ✗ = leicht ✗✗ = mäßig ✗✗✗ = stark				
	Augen	Nase	Husten	Asthma	Haut
Bsp.	✗ ✗	✗ ✗ ✗		✗	
1					
2					
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					

Symptome vorwiegend				Haben Sie zusätzliche Medikamente eingenommen?	Kalendertag
im Haus	draußen	bei Sonne	bei Regen		
				Augentropfen, 2 x 2 Tr.	Bsp.
					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

Monat/Jahr:

Kalendertag	Wo traten Beschwerden auf bzw. welcher Art waren sie und wie beurteilen Sie deren Stärke?				
	Einteilung: ✖ = leicht ✖✖ = mäßig ✖✖✖ = stark				
	Augen	Nase	Husten	Asthma	Haut
Bsp.	✖ ✖	✖ ✖ ✖		✖	
1					
2					
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					

Symptome vorwiegend				Haben Sie zusätzliche Medikamente eingenommen?	Kalendertag
im Haus	draußen	bei Sonne	bei Regen		
				Augentropfen, 2 x 2 Tr.	Bsp.
					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

Monat/Jahr:

Kalendertag	Wo traten Beschwerden auf bzw. welcher Art waren sie und wie beurteilen Sie deren Stärke?				
	Einteilung: ✖ = leicht ✖✖ = mäßig ✖✖✖ = stark				
	Augen	Nase	Husten	Asthma	Haut
Bsp.	✖ ✖	✖ ✖ ✖		✖	
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					

Symptome vorwiegend				Haben Sie zusätzliche Medikamente eingenommen?	Kalendertag
im Haus	draußen	bei Sonne	bei Regen		
				Augentropfen, 2 x 2 Tr.	Bsp.
					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

Monat/Jahr:

Kalendertag	Wo traten Beschwerden auf bzw. welcher Art waren sie und wie beurteilen Sie deren Stärke?				
	Einteilung: ✖ = leicht ✖✖ = mäßig ✖✖✖ = stark				
	Augen	Nase	Husten	Asthma	Haut
Bsp.	✖ ✖	✖ ✖ ✖		✖	
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					

Symptome vorwiegend				Haben Sie zusätzliche Medikamente eingenommen?	Kalendertag
im Haus	draußen	bei Sonne	bei Regen		
				Augentropfen, 2 x 2 Tr.	Bsp.
					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

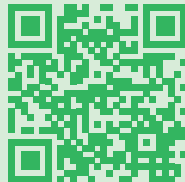
TYPISCH POLLENFLUG



Die warme Jahreszeit ist auch Allergiezeit. Allergiker:innen müssen daher von Februar bis Oktober mit Pollenflug rechnen, der regional unterschiedlich stark ausfallen kann.

Pollenflugvorhersage beachten

Den Tag am besten nach der Pollenkonzentration planen. Täglich checken:



TIPP

Gesamtd deutscher Pollenflugkalender

(nach Pollenflugdaten von 2016 bis 2021)

	DEZ	JAN	FEB	MÄR	APR	MAI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOV
HASEL												
ERLE												
PAPPEL												
WEIDE												
ESCHE												
HAINBUCHE												
BIRKE												
BUCHE												
EICHE												
KIEFER												
GRÄSER												
WEGERICHT												
ROGGEN												
BRENNNESSELGEW.												
BEIFUSS												
TRAUBENKRAUT												

© Stiftung Deutscher Polleninformationsdienst, www.pollenstiftung.de

Mögliches
Vorkommen

Vor- und
Nachblüte

Haupt-
blüte

Monat/Jahr:

Kalendertag	Wo traten Beschwerden auf bzw. welcher Art waren sie und wie beurteilen Sie deren Stärke?				
	Einteilung: ✗ = leicht ✗✗ = mäßig ✗✗✗ = stark				
	Augen	Nase	Husten	Asthma	Haut
Bsp.	✗ ✗	✗ ✗ ✗		✗	
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					

Symptome vorwiegend				Haben Sie zusätzliche Medikamente eingenommen?		Kalendertag
im Haus	draußen	bei Sonne	bei Regen	Wenn ja, notieren Sie bitte den Namen und die verwendete Menge des Präparats.		
				Augentropfen, 2 x 2 Tr.		
						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

Monat/Jahr:

Kalendertag	Wo traten Beschwerden auf bzw. welcher Art waren sie und wie beurteilen Sie deren Stärke?				
	Einteilung: ✗ = leicht ✗✗ = mäßig ✗✗✗ = stark				
	Augen	Nase	Husten	Asthma	Haut
Bsp.	✗ ✗	✗ ✗ ✗		✗	
1					
2					
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					

Symptome vorwiegend				Kalendertag
im Haus	draußen	bei Sonne	bei Regen	
Haben Sie zusätzliche Medikamente eingenommen?				Bsp.
Wenn ja, notieren Sie bitte den Namen und die verwendete Menge des Präparats.				
				Augentropfen, 2 x 2 Tr.
				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

Monat/Jahr:

Kalendertag	Wo traten Beschwerden auf bzw. welcher Art waren sie und wie beurteilen Sie deren Stärke?				
	Einteilung: ✖ = leicht ✖✖ = mäßig ✖✖✖ = stark				
	Augen	Nase	Husten	Asthma	Haut
Bsp.	✖ ✖	✖ ✖ ✖		✖	
1					
2					
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					

Symptome vorwiegend				Kalendertag
im Haus	draußen	bei Sonne	bei Regen	
Haben Sie zusätzliche Medikamente eingenommen?				Bsp.
Wenn ja, notieren Sie bitte den Namen und die verwendete Menge des Präparats.				
Augentropfen, 2 x 2 Tr.				
				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



TYPISCH KREUZ- ALLERGIE

Haben Sie eine Pollenallergie und sind plötzlich auch auf bestimmte Nahrungsmittel allergisch? Dann steckt dahinter meist eine Kreuzallergie, bei der unser Körper auf ähnliche Eiweißbausteine reagiert. So kann zum Beispiel ein Apfel Symptome hervorrufen, weil Sie eine Birkenpollenallergie haben.

Inhalative Allergene

Nahrungsmittelallergene

häufig



Baumpollen



Apfel, Haselnuss, Karotte, Kartoffel, Kirsche, grüne Kiwi, Nektarine, Pfirsich, Aprikose, Pflaume, Sellerie, Soja, Feige



Beifußpollen



Gewürze, Karotte, Mango, Sellerie, Sonnenblumenkerne



Naturlatex



Ananas, Avocado, Banane, Kartoffel, Kiwi, Tomate, Esskastanie, Pfirsich, Mango, Papaya, Acerola-Kirsche, Sellerie



Ficus benjamina



(getrocknete) Feige, Kiwi, Banane, Papaya, Ananas, Avocado



Vogelfedern



Ei, Geflügel, Innereien



Hausstaubmilbe



Schalen- und Weichtiere



Ambrosiapollen



Melone, Zucchini, Gurke, Banane



Gras- und Getreidepollen*



Mehl, Kleie, Tomate, Hülsenfrüchte (inkl. Soja)

* Unter Berücksichtigung der Häufigkeit der Gräser- und Getreideallergien sind Kreuzreaktionen mit Nahrungsmitteln sehr selten.

Quelle: Worm M et al.: Leitlinie DGAKI et al. Nahrungsmittelallergien infolge immunologischer Kreuzreaktivitäten mit Inhalationsallergenen. Allergo J Int 2014; 23: 3.

Wissen ist die beste Therapie



Im Gespräch mit Betroffenen wurde uns klar, wie viel Informationsbedarf besteht. Deshalb haben wir TypischAllergie ins Leben gerufen – mit vielen Expert:innenvideos, Erfahrungsberichten und Beiträgen. **TypischAllergie.de**

Eine Allergie kommt selten allein. Fragen Sie hier in der Praxis nach weiterführenden Materialien.



1. Typisch Milbenallergie

2. Typisch Kreuzallergie

3. Typisch Pollenallergie

4. Typisch Tierallergie

5. Typisch Schimmelpilz-
allergie

6. Typisch Nahrungsmittel-
allergie

7. Typisch Allergie
& Neurodermitis

8. Typisch Allergie & Folgen

