



**Quaddeln:**  ja → Anzahl:  <10  10-50  >50  
 nein  >50  
Dauer:  < 1 Std  1-3 Std  > 3 Std  
Größe:  < 1 cm  1-3 cm  > 3 cm

**Rötung:**  ja → Anzahl:  <10  10-50  >50  
 nein  >50  
Dauer:  < 1 Std  1-3 Std  > 3 Std  
Größe:  < 1 cm  1-3 cm  > 3 cm

**Schwellung:**  ja → Anzahl:  1  1-3  >3  
 nein

**Juckreiz:**  ja → Stärke:  leicht  mittel  stark  
 nein



**Bitte beurteilen Sie hier den Schweregrad Ihrer Urtikariabeschwerden:**

keine Beschwerden  mäßige Beschwerden  starke Beschwerden  maximale Beschwerden

**Bitte beurteilen Sie hier die Tendenz Ihrer Urtikariabeschwerden:**

besser werdend☺  gleichbleibend☺  schlechter werdend☹

**Grundmedikation eingenommen wie auf der ersten Seite des Tagebuches gelistet:**

ja  nein → \_\_\_\_\_

**Einnahme von Antihistaminika bei Bedarf:**

Medikament	Dosis pro Tablette	Anzahl Tabletten
_____	_____ mg	_____ Stück
_____	_____ mg	_____ Stück

**Einnahme eines anderen Medikamentes bei Bedarf:**

_____	_____ mg	_____ Stück
_____	_____ mg	_____ Stück

**Datum:** \_\_\_\_\_

Frühstück: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mittagessen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abendessen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zwischendurch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aktivitäten/Triggerfaktoren/Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_