

ALLERGIE-TAGEBUCH

www.leti.de Der neue LETI Ratgeber online – renommierte Mediziner beantworten wichtige Fragen rund um Atopie und Allergien.



**LETI Pharma – Experten für Allergie und Haut.
Mehr Freiheit und Lebensqualität für die Patienten.
Das ist unsere Mission.**

LETI Pharma GmbH
Gutenbergstraße 10
85737 Ismaning
www.leti.de



Kundenservice
Tel.: +49 (0)2302 202 86-0
info@leti.de

Art.-Nr.: ALE0369



LETI Pharma
seit 1919



Dieses Allergie-Tagebuch gehört:

.....
Name, Vorname

.....
Straße, PLZ und Ort

.....
Telefon

.....
E-Mail

.....
Therapie-Präparat(e)

Ihre nächsten Termine:

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

Stempel Ärztin/Arzt

Ein Hinweis an Sie als Patienten:

Ihre Mitarbeit beeinflusst den Behandlungserfolg entscheidend. Sie unterstützen die Diagnose Ihres Arztes, indem Sie Ihr tägliches Befinden in diesem Allergie-Tagebuch festhalten.

So kann Ihr Arzt die für Sie optimale Behandlung auswählen und effektiv zur Linderung und Heilung Ihrer Allergie beitragen. Denken Sie daran – **möglichst jeden Tag** – an Ihre Eintragung!

Bitte legen Sie Ihr Tagebuch bei Ihren Terminen vor. Eine Übersicht über Ihre nächsten Kontrolltermine finden Sie auf der Umschlagseite.

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.	Bsp.
				Augentropfen, 2x2 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.											
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.	Bsp.
				Augentropfen, 2x2 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.											
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.	Bsp.
				Augentropfen, 2x2 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.											
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.	Bsp.
				Augentropfen, 2x2 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.											
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.	Bsp.
				Augentropfen, 2x2 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.

Akut und langfristig: Wie kann man Allergien und ihre Symptome behandeln?

Die effektivste Therapie bei einer Allergie ist die **Allergenvermeidung**. Das ist im Alltag aber oft gar nicht so einfach.

Bei akuten Allergiebeschwerden können **Medikamente vorübergehend die Symptome lindern**. Sie wirken entweder **lokal**, also nur da, wo sie mit dem Körper in Kontakt kommen, z.B. als Augentropfen, Nasensprays oder Salben – **oder systemisch** auf den ganzen Körper als Tropfen oder Tabletten. Zu den wichtigsten Wirkstoffgruppen gehören **Antihistaminika und Kortikosteroide**.

Diese symptomatische Therapie hilft allerdings nur kurzfristig. Die einzige Möglichkeit, die Ursache einer Allergie langfristig zu behandeln, ist die **Hyposensibilisierung**. Lassen Sie sich dazu von Ihrem Allergologen beraten.



der deutschen Bevölkerung sind Allergiker,
das entspricht 16 bis 24 Millionen Menschen.
Deshalb gelten Allergien als Volkskrankheit.

Hautpflege für Allergiker

Allergiker sollten sich zweimal täglich eincremen, um ihre Hautbarriere optimal zu pflegen. Eine intakte Hautbarriere kann verhindern, dass Allergene über die Haut in den Körper eindringen und allergische Reaktionen auslösen.

LETIAT4 ist eine medizinische Hautpflegeserie speziell für die Haut von Allergikern* und Neurodermitikern. Alle Produkte unterstützen die Linderung der vier typischen Symptome: Trockenheit, Juckreiz, Reizungen und Infektionen.



JETZT GRATIS TESTEN**

Luxusproben von **LETIAT4**
gratis bestellen und kennenlernen:
www.leti.de/gratisprobe

* Subtyp I wie Heuschnupfen oder allergisches Asthma
** Solange der Vorrat reicht

www.leti.de Der neue LETI Ratgeber
online – mit noch mehr
Tipps und Wissen für Allergiker

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.	Bsp.
				Augentropfen, 2x2 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.											
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.	Bsp.
				Augentropfen, 2x2 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.											
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.	Bsp.
				Augentropfen, 2x2 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.											
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.	Bsp.
				Augentropfen, 2x2 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.											
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.	Bsp.
				Augentropfen, 2x2 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.

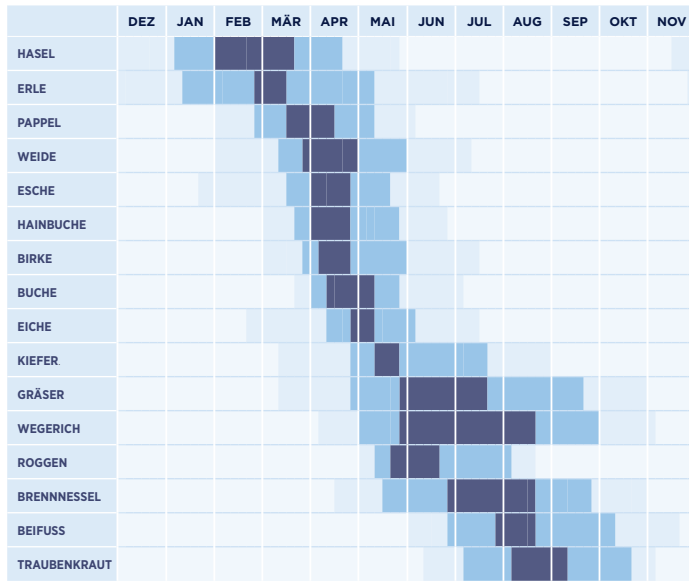
Pollenflugkalender Deutschland

Jahreszeitliche Verbreitung von Pollen

Eine Pollenallergie tritt saisonal beschränkt zur jeweiligen Pollenflugzeit auf. Schwankungen und zeitliche Verschiebungen sind möglich, ebenso wie regionale Unterschiede.

Tagesaktuelle Pollenflugvorhersage:

www.pollenstiftung.de/pollenvorhersage



■ mögliches Vorkommen ■ Vor- und Nachsaison ■ Hauptsaison

Die wichtigsten Kreuzallergien

Was ist eine Kreuzallergie?

Viele Pollenallergiker, aber auch Patienten mit Neurodermitis, reagieren auch auf bestimmte Lebensmittel. Man spricht dann von einer sogenannten Kreuzallergie.

	Inhalative Allergene	Nahrungsmittelallergene
häufig	Baupollen	→ 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
selten	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

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

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