

THERAPIEVERLAUFSBOGEN

Name _____

Datum _____

Vorname _____

Therapiedauer (in Jahren) 1 2 3 >3

Präparat _____

Indikation für die Hyposensibilisierung:

Rhinitis Konjunktivitis Asthma

Befinden vor der Hyposensibilisierung:

Sehr gut sehr schlecht

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Befinden nach der Hyposensibilisierung:

Sehr gut sehr schlecht

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Symptome nach der Hyposensibilisierung:

	Keine	Reduziert	Unverändert	Verstärkt
Rhinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konjunktivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikationsbedarf nach der Hyposensibilisierung:

	Keine	Reduziert	Unverändert	Verstärkt
Nasenspray (Präparat: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augentropfen (Präparat: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthmaspray (Präparat: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletten (Präparat: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (Präparat: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>