

Ihr Neurodermitis-Tagebuch



Das Tagebuch soll Ihnen dabei helfen, Einflussfaktoren auf Ihre Haut zu erkennen. Drucken Sie entweder die Vorlage hinter dem QR Code wöchentlich aus oder kopieren diese Vorlage und füllen sie täglich aus. Schon bald werden Sie erste Muster erkennen können. Ihr/Ihre Apotheker*in übernimmt gerne eine Hautberatung und hilft Ihnen, Ihre Pflegeprodukte zu optimieren.

| Datum | Mo., | Di., | Mi., | Do., | Fr., | Sa., | So., |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Wetterbedingungen | <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Sonne <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> (Luft-)Feuchtigkeit | <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Sonne <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> (Luft-)Feuchtigkeit | <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Sonne <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> (Luft-)Feuchtigkeit | <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Sonne <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> (Luft-)Feuchtigkeit | <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Sonne <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> (Luft-)Feuchtigkeit | <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Sonne <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> (Luft-)Feuchtigkeit | <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Sonne <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> (Luft-)Feuchtigkeit |
| Stresspegel | gestresst – entspannt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | gestresst – entspannt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | gestresst – entspannt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | gestresst – entspannt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | gestresst – entspannt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | gestresst – entspannt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | gestresst – entspannt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitszustand | <input type="checkbox"/> Akute Infektion <input type="checkbox"/> Allergischer Schub <input type="checkbox"/> Beschwerdefrei <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="checkbox"/> Akute Infektion <input type="checkbox"/> Allergischer Schub <input type="checkbox"/> Beschwerdefrei <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="checkbox"/> Akute Infektion <input type="checkbox"/> Allergischer Schub <input type="checkbox"/> Beschwerdefrei <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="checkbox"/> Akute Infektion <input type="checkbox"/> Allergischer Schub <input type="checkbox"/> Beschwerdefrei <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="checkbox"/> Akute Infektion <input type="checkbox"/> Allergischer Schub <input type="checkbox"/> Beschwerdefrei <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="checkbox"/> Akute Infektion <input type="checkbox"/> Allergischer Schub <input type="checkbox"/> Beschwerdefrei <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="checkbox"/> Akute Infektion <input type="checkbox"/> Allergischer Schub <input type="checkbox"/> Beschwerdefrei <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| Ernährung 1. Morgens 2. Mittags 3. Abends | 1. _____ 2. _____ 3. _____ Potenzielle Allergene: | 1. _____ 2. _____ 3. _____ Potenzielle Allergene: | 1. _____ 2. _____ 3. _____ Potenzielle Allergene: | 1. _____ 2. _____ 3. _____ Potenzielle Allergene: | 1. _____ 2. _____ 3. _____ Potenzielle Allergene: | 1. _____ 2. _____ 3. _____ Potenzielle Allergene: | 1. _____ 2. _____ 3. _____ Potenzielle Allergene: |
| Hautpflegeroutine | Morgens: Abends: | Morgens: Abends: | Morgens: Abends: | Morgens: Abends: | Morgens: Abends: | Morgens: Abends: | Morgens: Abends: |
| (Schweißtreibende) Aktivitäten | <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Sauna <input type="checkbox"/> Heißes Bad <input type="checkbox"/> Entspannung | <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Sauna <input type="checkbox"/> Heißes Bad <input type="checkbox"/> Entspannung | <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Sauna <input type="checkbox"/> Heißes Bad <input type="checkbox"/> Entspannung | <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Sauna <input type="checkbox"/> Heißes Bad <input type="checkbox"/> Entspannung | <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Sauna <input type="checkbox"/> Heißes Bad <input type="checkbox"/> Entspannung | <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Sauna <input type="checkbox"/> Heißes Bad <input type="checkbox"/> Entspannung | <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Sauna <input type="checkbox"/> Heißes Bad <input type="checkbox"/> Entspannung |
| Pflege und Behandlung | <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Hautpflegepräparate: | <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Hautpflegepräparate: | <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Hautpflegepräparate: | <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Hautpflegepräparate: | <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Hautpflegepräparate: | <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Hautpflegepräparate: | <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Hautpflegepräparate: |
| Aktueller Hautzustand | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gereizt <input type="checkbox"/> Aktiver Schub <input type="checkbox"/> Abklingende Symptome <input type="checkbox"/> Juckreiz Lokalisation: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gereizt <input type="checkbox"/> Aktiver Schub <input type="checkbox"/> Abklingende Symptome <input type="checkbox"/> Juckreiz Lokalisation: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gereizt <input type="checkbox"/> Aktiver Schub <input type="checkbox"/> Abklingende Symptome <input type="checkbox"/> Juckreiz Lokalisation: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gereizt <input type="checkbox"/> Aktiver Schub <input type="checkbox"/> Abklingende Symptome <input type="checkbox"/> Juckreiz Lokalisation: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gereizt <input type="checkbox"/> Aktiver Schub <input type="checkbox"/> Abklingende Symptome <input type="checkbox"/> Juckreiz Lokalisation: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gereizt <input type="checkbox"/> Aktiver Schub <input type="checkbox"/> Abklingende Symptome <input type="checkbox"/> Juckreiz Lokalisation: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gereizt <input type="checkbox"/> Aktiver Schub <input type="checkbox"/> Abklingende Symptome <input type="checkbox"/> Juckreiz Lokalisation: |
| Weibl. Menstruation-Zyklus | <input type="checkbox"/> Tag 1 – 7: Periode <input type="checkbox"/> Tag 8 – 13 <input type="checkbox"/> Tag 14: Eisprung <input type="checkbox"/> Tag 15 – 28 | <input type="checkbox"/> Tag 1 – 7: Periode <input type="checkbox"/> Tag 8 – 13 <input type="checkbox"/> Tag 14: Eisprung <input type="checkbox"/> Tag 15 – 28 | <input type="checkbox"/> Tag 1 – 7: Periode <input type="checkbox"/> Tag 8 – 13 <input type="checkbox"/> Tag 14: Eisprung <input type="checkbox"/> Tag 15 – 28 | <input type="checkbox"/> Tag 1 – 7: Periode <input type="checkbox"/> Tag 8 – 13 <input type="checkbox"/> Tag 14: Eisprung <input type="checkbox"/> Tag 15 – 28 | <input type="checkbox"/> Tag 1 – 7: Periode <input type="checkbox"/> Tag 8 – 13 <input type="checkbox"/> Tag 14: Eisprung <input type="checkbox"/> Tag 15 – 28 | <input type="checkbox"/> Tag 1 – 7: Periode <input type="checkbox"/> Tag 8 – 13 <input type="checkbox"/> Tag 14: Eisprung <input type="checkbox"/> Tag 15 – 28 | <input type="checkbox"/> Tag 1 – 7: Periode <input type="checkbox"/> Tag 8 – 13 <input type="checkbox"/> Tag 14: Eisprung <input type="checkbox"/> Tag 15 – 28 |