

Weitere Informationen  
zum Thema Asthma finden  
Sie unter:

[www.luft-zum-leben.de](http://www.luft-zum-leben.de)  
[www.asthmakontrolltest.de](http://www.asthmakontrolltest.de)

# ASTHMA- TAGEBUCH

Peak-Flow-Werte  
Asthmakontrolltest



Asthmakontrolltest

Stempel der Praxis

493029 PD503 B

## Liebe Patientin, lieber Patient,

dieses Asthma-Tagebuch soll Sie dabei unterstützen, besser mit Ihrer Erkrankung zu leben und Ihre Therapie zu optimieren.

Im ersten Teil des Tagebuchs finden Sie jeweils auf einer Doppelseite 5 einfache Fragen, die Ihnen dabei helfen, besser einzuschätzen, wie gut Sie Ihr Asthma unter Kontrolle haben. Bitte füllen Sie diesen Asthmakontrolltest (ACT™) alle 4 Wochen aus.

Der zweite Teil des Tagebuchs enthält Peak-Flow-Protokolle, in die Sie Ihre täglichen Werte eintragen können.

Dieses Heft bietet Peak-Flow-Protokolle und Fragebögen zur Asthmakontrolle für einen Zeitraum von drei Monaten. Es wird empfohlen, das Tagebuch zu jedem Arztbesuch mitzubringen.

Bitte bestimmen Sie zunächst gemeinsam mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt Ihren persönlichen Peak-Flow-Bestwert. Ihren aktuellen Peak-Flow-Wert können Sie dann immer der richtigen Stufe (80–100 %, 50–80 % und unter 50 % des Bestwertes) zuordnen und die erforderlichen Maßnahmen ablesen. Bitte sprechen Sie im Zweifel immer mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt.

Viel Erfolg und gute Gesundheit wünscht Ihnen

GlaxoSmithKline

# Asthmapass

Name:

Straße:

Ort:

Angehörige:

Hausarzt  
(Stempel):

Unverträglich-  
keiten:

Ständige  
Medikamente  
wegen anderer  
Erkrankungen:

Persönlicher  
Peak-Flow-  
Bestwert:

# Fragebogen zur Asthmakontrolle – ACT™

Der Asthmakontrolltest (ACT™) ist ein zuverlässiger Test, der Ihnen dabei helfen kann, einzuschätzen, wie gut Sie Ihr Asthma unter Kontrolle haben.

Mit nur 5 Fragen und bis zu 25 erreichbaren Punkten können Sie Ihre Symptome beobachten und bewerten. Schnell und einfach! Der ACT™ wurde in klinischen Studien validiert.

Geht es Ihnen schon 25?

Probieren Sie es aus und ermitteln Sie im 4-wöchigen Rhythmus den momentanen Zustand Ihres Asthmas!



Asthmakontrolltest

## 1. Schritt:

Kreuzen Sie bei jeder Frage die auf Sie zutreffende Antwort an und tragen Sie die Punktzahl in das Kästchen rechts ein.

Antworten Sie bitte so ehrlich wie möglich. Das hilft Ihnen und Ihrem Arzt, über Ihr Asthma zu sprechen und herauszufinden, wie schwer Ihr Asthma tatsächlich ist.

## 2. Schritt:

Zählen Sie Ihre Punkte zusammen, um einen Gesamtwert zu erhalten.

## 3. Schritt – Ermitteln Sie Ihren Asthma-Wert:

### 25 Punkte – Herzlichen Glückwunsch!

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen **vollständig unter Kontrolle**. Sie hatten keine Beschwerden und waren in keiner Weise durch Ihr Asthma eingeschränkt. Sprechen Sie regelmäßig mit Ihrem Arzt, um die bestmögliche Kontrolle zu halten.

### 20 bis 24 Punkte – Im Zielbereich

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen wahrscheinlich **gut unter Kontrolle**, aber **nicht vollständig**. Ihr Arzt kann Ihnen dabei helfen, eine möglichst **vollständige Kontrolle** zu erreichen.

### Weniger als 20 Punkte – Außerhalb des Zielbereichs

Sie hatten Ihr Asthma in den letzten 4 Wochen wahrscheinlich **nicht gut kontrolliert**. Ihr Arzt kann Ihnen Maßnahmen empfehlen, die Ihnen helfen, Ihr Asthma besser unter Kontrolle zu bekommen.

**1** Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule /im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

Immer <input type="checkbox"/> 1	Meistens <input type="checkbox"/> 2	Manchmal <input type="checkbox"/> 3	Selten <input type="checkbox"/> 4	Nie <input type="checkbox"/> 5	Punkte <input type="text"/>
-------------------------------------	--	--	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

**2** Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

Mehr als einmal am Tag <input type="checkbox"/> 1	Einmal am Tag <input type="checkbox"/> 2	3 bis 6 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Ein- oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
--	---	---	---	---	----------------------

**3** Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmaprobleme (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

4 oder mehr Nächte pro Woche <input type="checkbox"/> 1	2 oder 3 Nächte pro Woche <input type="checkbox"/> 2	Einmal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Ein- oder zweimal in den letzten 4 Wochen <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
--	---	--	---	---	----------------------

**4** Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt?

3 Mal am Tag oder öfter <input type="checkbox"/> 1	1 oder 2 Mal am Tag <input type="checkbox"/> 2	2 oder 3 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Einmal pro Woche oder weniger <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
---	---	--	---	---	----------------------

**5** Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 1	Schlecht <input type="checkbox"/> 2	Einigermaßen <input type="checkbox"/> 3	Gut <input type="checkbox"/> 4	Völlig <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
---	--	--	-----------------------------------	--------------------------------------	----------------------

Summe

**1** Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule /im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

Immer <input type="checkbox"/> 1	Meistens <input type="checkbox"/> 2	Manchmal <input type="checkbox"/> 3	Selten <input type="checkbox"/> 4	Nie <input type="checkbox"/> 5	Punkte <input type="text"/>
-------------------------------------	--	--	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

**2** Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

Mehr als einmal am Tag <input type="checkbox"/> 1	Einmal am Tag <input type="checkbox"/> 2	3 bis 6 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Ein- oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
--	---	---	---	---	----------------------

**3** Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmaprobleme (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

4 oder mehr Nächte pro Woche <input type="checkbox"/> 1	2 oder 3 Nächte pro Woche <input type="checkbox"/> 2	Einmal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Ein- oder zweimal in den letzten 4 Wochen <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
--	---	--	---	---	----------------------

**4** Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt?

3 Mal am Tag oder öfter <input type="checkbox"/> 1	1 oder 2 Mal am Tag <input type="checkbox"/> 2	2 oder 3 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Einmal pro Woche oder weniger <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
---	---	--	---	---	----------------------

**5** Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 1	Schlecht <input type="checkbox"/> 2	Einigermaßen <input type="checkbox"/> 3	Gut <input type="checkbox"/> 4	Völlig <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
---	--	--	-----------------------------------	--------------------------------------	----------------------

Summe

**1** Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule /im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

Immer <input type="checkbox"/> 1	Meistens <input type="checkbox"/> 2	Manchmal <input type="checkbox"/> 3	Selten <input type="checkbox"/> 4	Nie <input type="checkbox"/> 5	Punkte <input type="text"/>
-------------------------------------	--	--	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

**2** Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

Mehr als einmal am Tag <input type="checkbox"/> 1	Einmal am Tag <input type="checkbox"/> 2	3 bis 6 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Ein- oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
--	---	---	---	---	----------------------

**3** Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmaprobleme (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

4 oder mehr Nächte pro Woche <input type="checkbox"/> 1	2 oder 3 Nächte pro Woche <input type="checkbox"/> 2	Einmal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Ein- oder zweimal in den letzten 4 Wochen <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
--	---	--	---	---	----------------------

**4** Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt?

3 Mal am Tag oder öfter <input type="checkbox"/> 1	1 oder 2 Mal am Tag <input type="checkbox"/> 2	2 oder 3 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Einmal pro Woche oder weniger <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
---	---	--	---	---	----------------------

**5** Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 1	Schlecht <input type="checkbox"/> 2	Einigermaßen <input type="checkbox"/> 3	Gut <input type="checkbox"/> 4	Völlig <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
---	--	--	-----------------------------------	--------------------------------------	----------------------

Summe

**1** Wie oft hat Ihr Asthma Sie in den letzten 4 Wochen daran gehindert, bei der Arbeit, in der Schule /im Studium oder zu Hause so viel zu erledigen wie sonst?

Immer <input type="checkbox"/> 1	Meistens <input type="checkbox"/> 2	Manchmal <input type="checkbox"/> 3	Selten <input type="checkbox"/> 4	Nie <input type="checkbox"/> 5	Punkte <input type="text"/>
-------------------------------------	--	--	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

**2** Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit gelitten?

Mehr als einmal am Tag <input type="checkbox"/> 1	Einmal am Tag <input type="checkbox"/> 2	3 bis 6 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Ein- oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
--	---	---	---	---	----------------------

**3** Wie oft sind Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Asthmaprobleme (pfeifendes Atemgeräusch, Husten, Kurzatmigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust) nachts wach geworden oder morgens früher als gewöhnlich aufgewacht?

4 oder mehr Nächte pro Woche <input type="checkbox"/> 1	2 oder 3 Nächte pro Woche <input type="checkbox"/> 2	Einmal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Ein- oder zweimal in den letzten 4 Wochen <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
--	---	--	---	---	----------------------

**4** Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallmedikament zur Inhalation eingesetzt?

3 Mal am Tag oder öfter <input type="checkbox"/> 1	1 oder 2 Mal am Tag <input type="checkbox"/> 2	2 oder 3 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3	Einmal pro Woche oder weniger <input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
---	---	--	---	---	----------------------

**5** Wie gut hatten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Asthma unter Kontrolle?

Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 1	Schlecht <input type="checkbox"/> 2	Einigermaßen <input type="checkbox"/> 3	Gut <input type="checkbox"/> 4	Völlig <input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
---	--	--	-----------------------------------	--------------------------------------	----------------------

Summe

# Peak-Flow-Werte: Erklärung und Messung

Das Peak-Flow-Meter ist ein einfaches, kleines und handliches Gerät, mit dessen Hilfe Sie an jedem Ort und zu jeder Zeit den maximalen Atemfluss während einer forcierten Ausatmung messen können (Peak Expiratory Flow = PEF).

Bei guter Lungenfunktion ist der Peak-Flow-Wert hoch. Eine Verengung der Bronchien führt zu einer Abnahme des Peak-Flow-Wertes. Die Werte sind unterschiedlich und abhängig von Faktoren wie Körpergröße, Geschlecht, Alter oder Tageszeit.

Ihr persönlicher Bestwert beschreibt die maximale Weite der Atemwege, die Ihre Lunge unter optimalen Bedingungen erreichen kann.

## Bestimmung des persönlichen Peak-Flow-Bestwertes:

Ihr persönlicher Bestwert entspricht dem

- besten Peak-Flow-Wert nach ca. 14-tägiger Messung
- unter optimaler medikamentöser Therapie
- in einer stabilen Phase der Erkrankung

## Wie messe ich den Peak-Flow richtig?

- Immer in gleicher Körperposition messen (möglichst zur gleichen Tageszeit)
- Messzeiger vor der Messung auf Null stellen
- Gerät waagrecht vor den Mund halten
- Tief einatmen und kurz die Luft anhalten
- Mundstück mit den Lippen fest umschließen
- Schnell, kurz und mit aller Kraft ausatmen (wie beim Auspusten einer Kerze)
- 3 Messungen durchführen
- Den höchsten Wert im Asthmatagebuch notieren



# Ampelschema

Um sich einen schnellen Überblick über Ihre derzeitige Situation zu verschaffen, können Sie, in Verbindung mit Ihren bei der Peak-Flow-Messung gemessenen Werten, das Ampelschema anwenden.

ion zu verschaffen, können Sie, in Verbindung mit Ihren bei  
ema anwenden.

**Ihr Peak-Flow-Wert ist besser als 80 % Ihres Bestwertes.**

(= über \_\_\_\_\_ l/min)

Sie befinden sich nahe an Ihrem persönlichen Bestwert. Sie haben Asthma-Symptome gut im Griff und derzeit kaum Beschwerden.

- Geringe Schwankungen Ihrer Peak-Flow-Werte (Schwankungen weniger als 20 %)
- Keine Luftnot tagsüber und nachts
- Kaum Husten
- Körperliche Belastbarkeit nicht eingeschränkt
- Notfall-Spray wird selten benötigt, Verbrauch ist unverändert

**Ihr Peak-Flow-Wert liegt zwischen 50 % und 80 % Ihres Bestwertes.**

(= \_\_\_\_\_ l/min bis \_\_\_\_\_ l/min)

Ihre Peak-Flow-Werte unterliegen stärkeren Schwankungen. Achtung, dies ist ein Hinweis dafür, dass die medikamentöse Behandlung überprüft und angepasst werden muss. Bleiben die Peak-Flow-Werte auch nach wiederholten Messungen im gelben Bereich, vereinbaren Sie bitte schnellstmöglich einen Arzttermin.

- Tageszeitliche Schwankung beträgt mehr als 20 %
- Nächtliche Atemnot
- Tagsüber häufig Luftnot
- Körperliche Belastbarkeit nimmt ab
- Verstärkter Einsatz des Notfallsprays notwendig

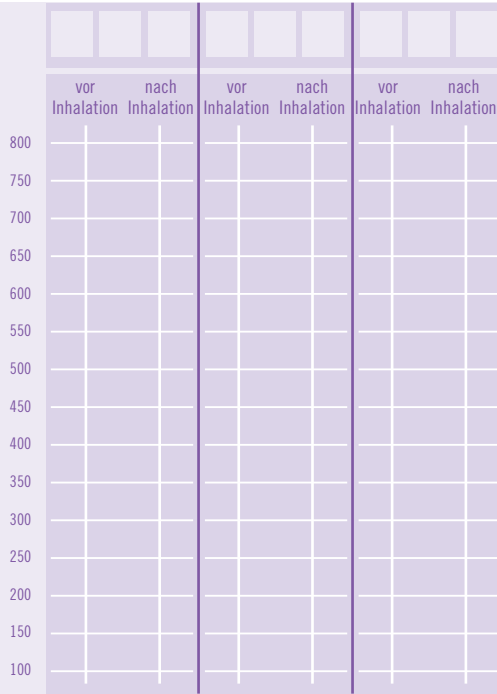
**Ihr Peak-Flow-Wert liegt unter 50 % Ihres Bestwertes.**

(= unter \_\_\_\_\_ l/min)

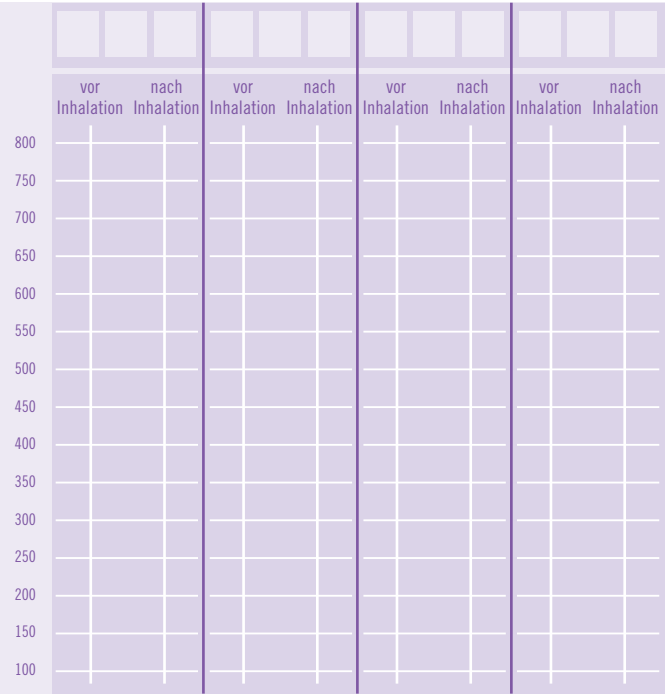
Ihre Atemwege sind instabil, ein Asthmaanfall kann jederzeit auftreten. Wie Sie in dieser Situation am besten vorgehen, vor allem beim Auftreten von Atemnot, erfahren Sie auf der vorletzten Seite dieses Heftes im „Notfallplan“.

- Tageszeitliche Schwankung beträgt mehr als 30 %
- Ständige Luftnot, in Ruhe und beim Sprechen
- Atemnot, die in den letzten Tagen schon zu spüren war, nimmt zu
- Auftreten von Hustenattacken, Engegefühl nimmt zu
- Körperliche Belastbarkeit deutlich eingeschränkt
- Keine Besserung durch Einsatz des Notfall-Sprays, häufige Inhalation nötig

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr



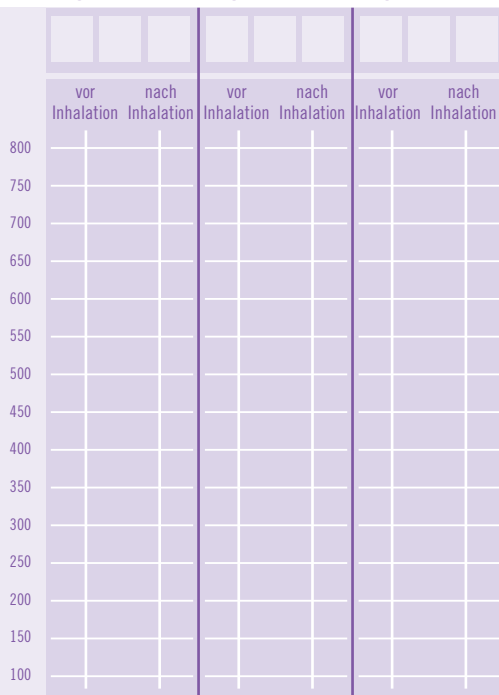
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr



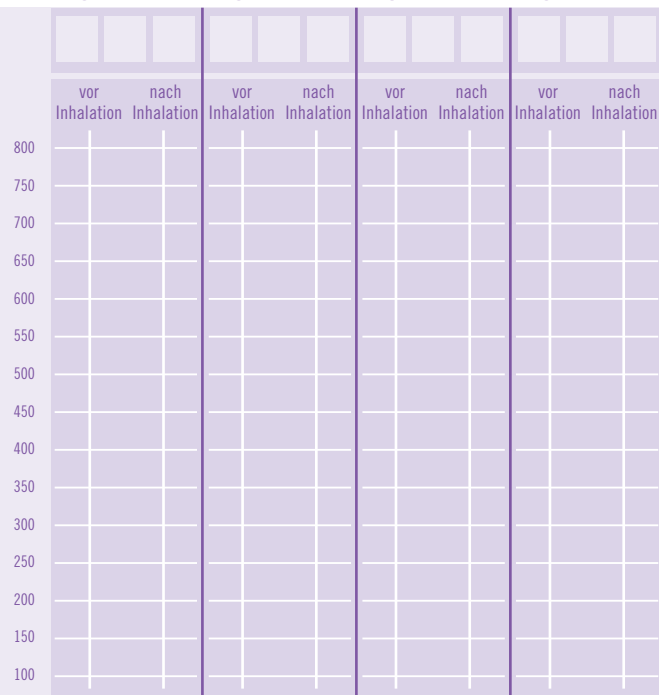
Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Infekte		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Urlaub		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Was war heute noch wichtig?												
Notfallspray	ja/nein			ja/nein			ja/nein			ja/nein		

kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
ja/nein				ja/nein				ja/nein				ja/nein			

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr



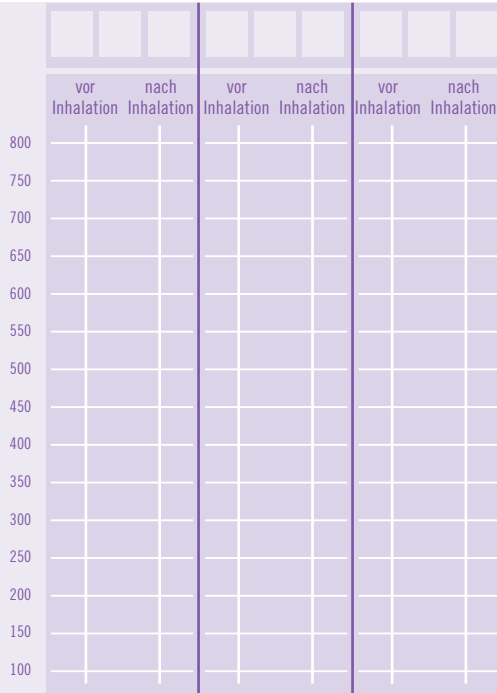
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr



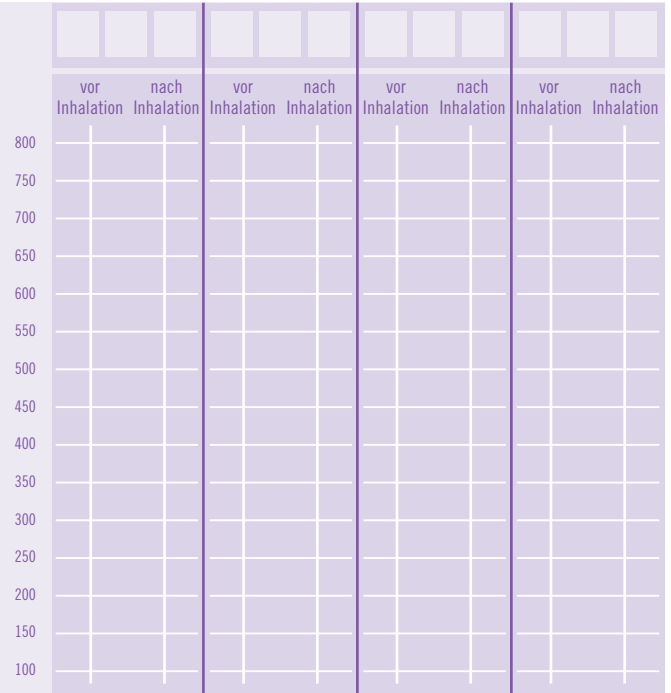
Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Infekte		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Urlaub		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Was war heute noch wichtig?												
Notfallspray	ja/nein			ja/nein			ja/nein			ja/nein		

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Infekte		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Urlaub		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Was war heute noch wichtig?																
Notfallspray	ja/nein				ja/nein				ja/nein				ja/nein			

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

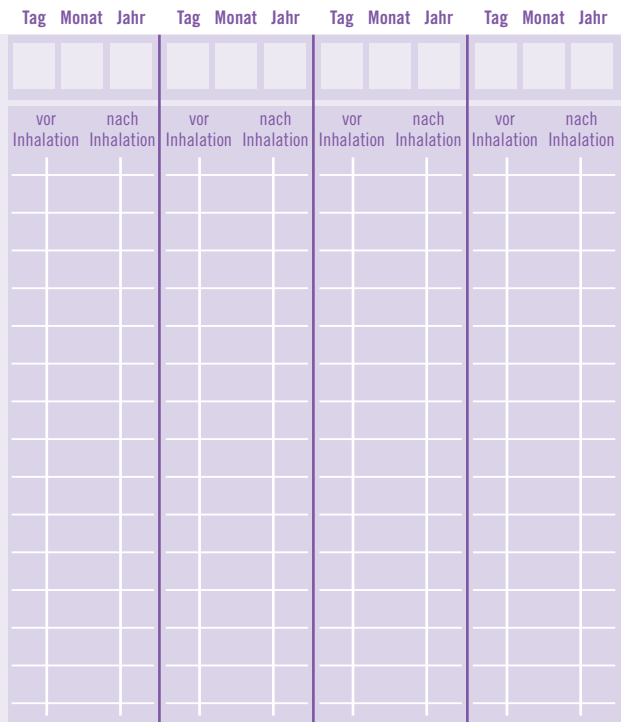
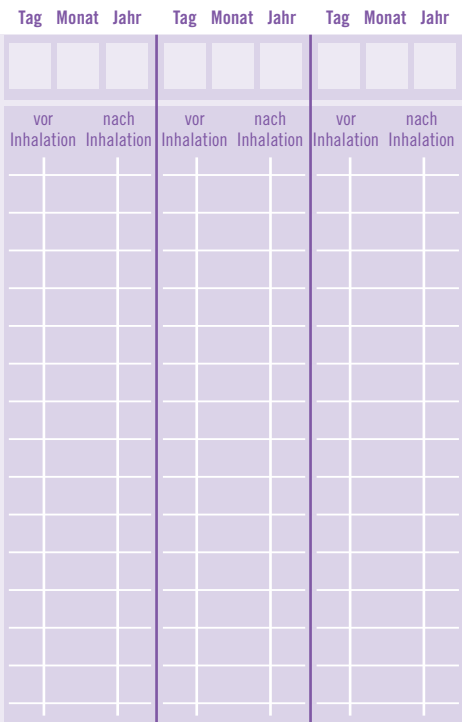


Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr



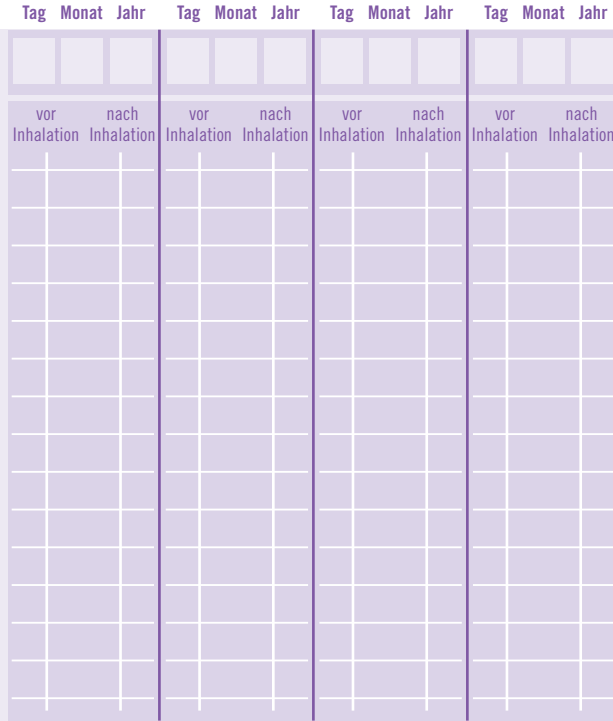
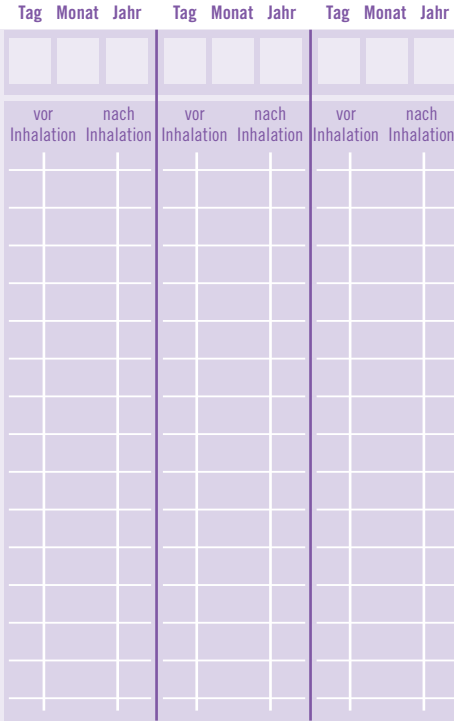
Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Infekte		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Urlaub		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Was war heute noch wichtig?												
Notfallspray	ja/nein			ja/nein			ja/nein			ja/nein		

kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
ja/nein				ja/nein				ja/nein				ja/nein			



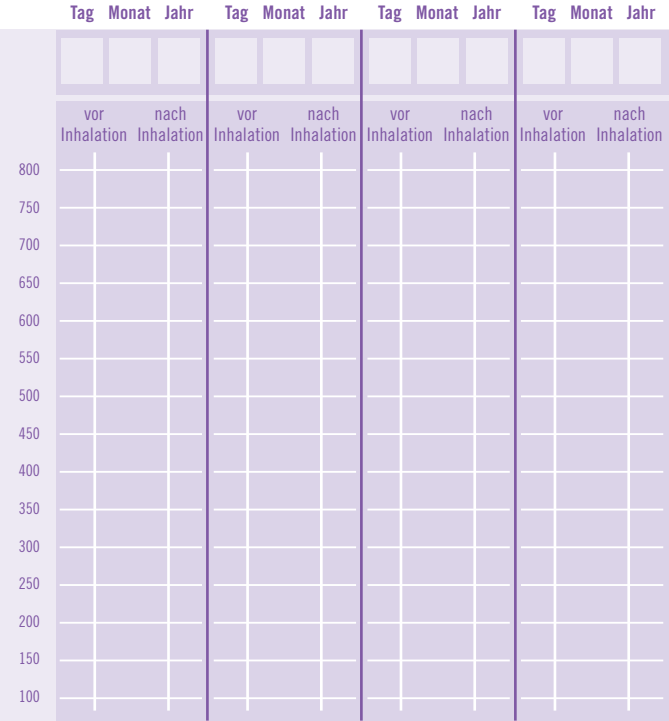
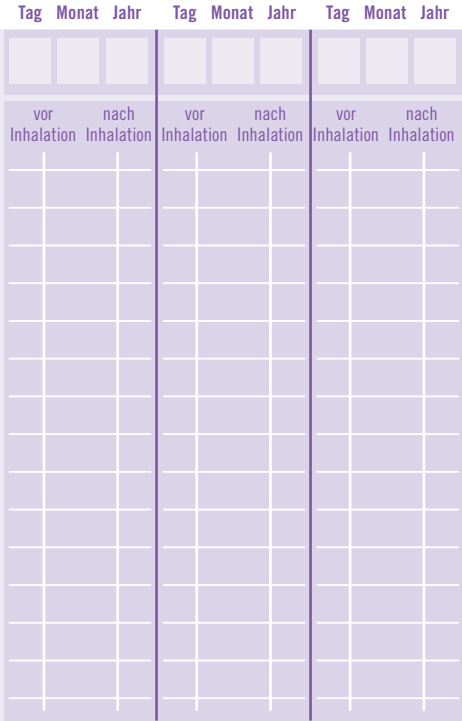
Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>		
Infekte		ja <input type="radio"/>		
Urlaub		ja <input type="radio"/>		
Was war heute noch wichtig?				
Notfallspray		ja/nein		

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>		
Infekte		ja <input type="radio"/>		
Urlaub		ja <input type="radio"/>		
Was war heute noch wichtig?				
Notfallspray		ja/nein		



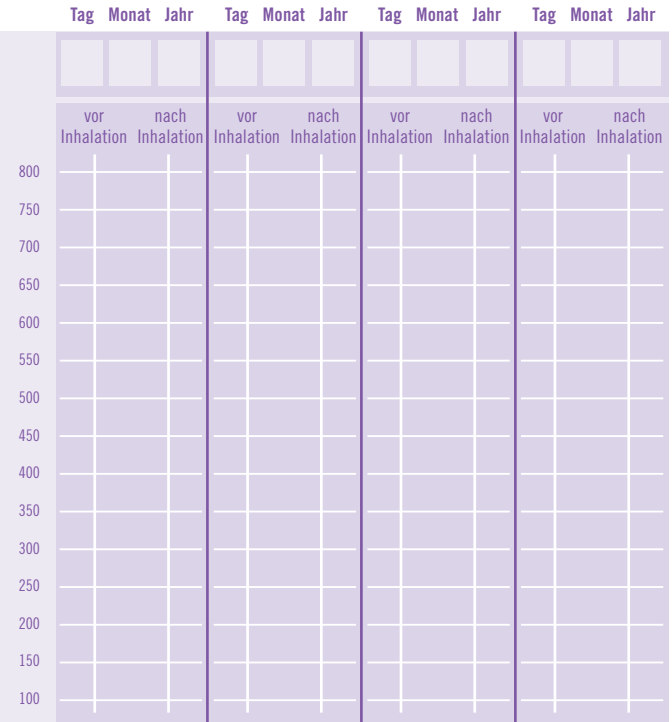
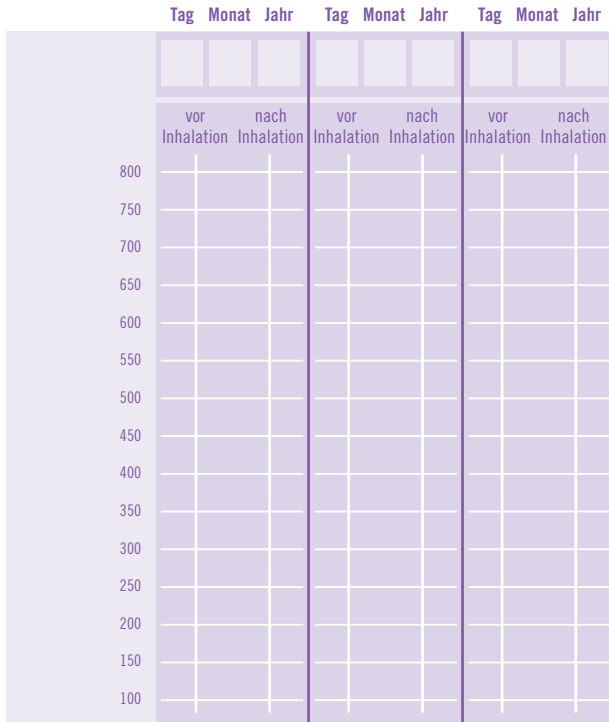
Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Infekte		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Urlaub		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Was war heute noch wichtig?												
Notfallspray		ja/nein			ja/nein				ja/nein			

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Infekte		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Urlaub		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Was war heute noch wichtig?												
Notfallspray		ja/nein			ja/nein				ja/nein			



Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>		
Infekte		ja <input type="radio"/>		
Urlaub		ja <input type="radio"/>		
Was war heute noch wichtig?				
Notfallspray		ja/nein		

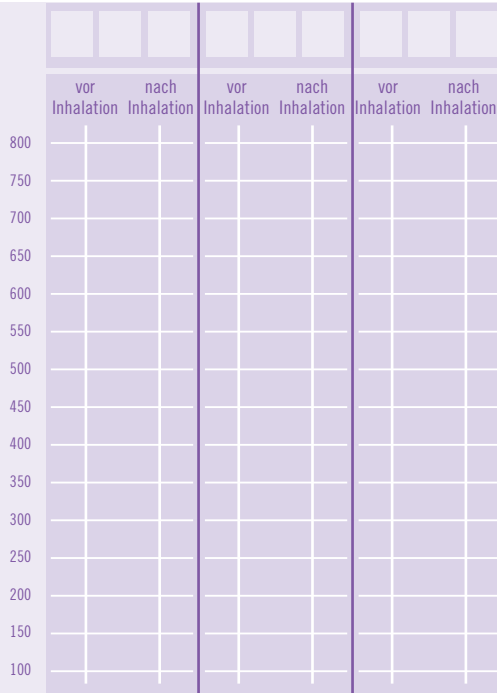
Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>		
Infekte		ja <input type="radio"/>		
Urlaub		ja <input type="radio"/>		
Was war heute noch wichtig?				
Notfallspray		ja/nein		



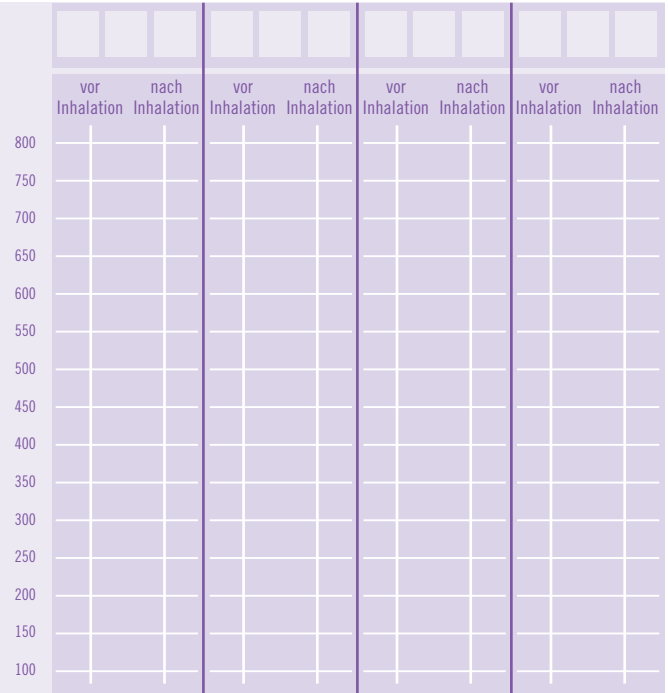
Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Infekte		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Urlaub		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Was war heute noch wichtig?												
Notfallspray	ja/nein			ja/nein			ja/nein			ja/nein		

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Infekte		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Urlaub		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Was war heute noch wichtig?																
Notfallspray	ja/nein				ja/nein				ja/nein				ja/nein			

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

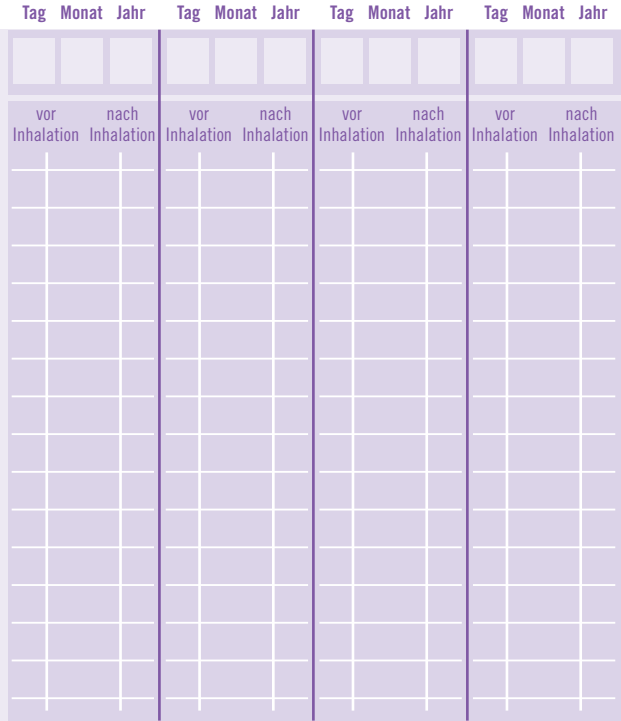
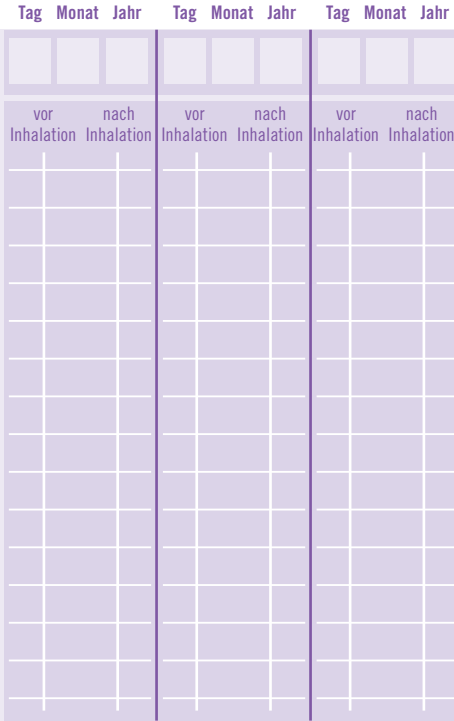


Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr



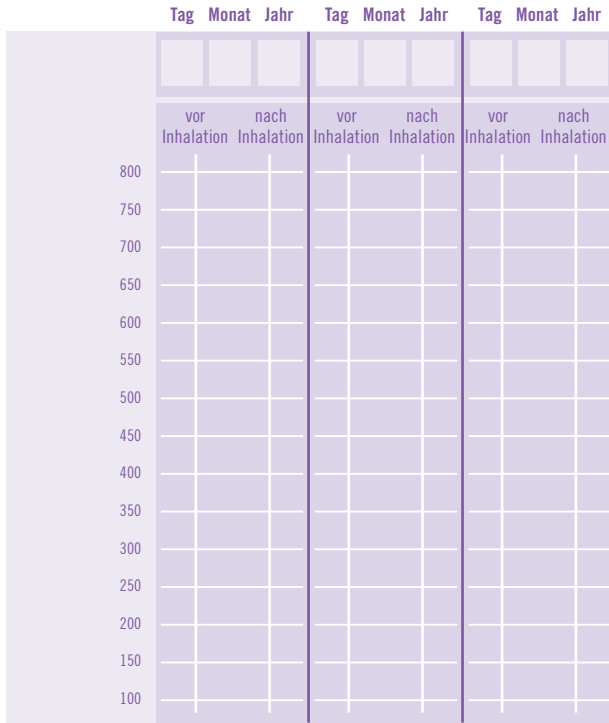
Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Infekte		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Urlaub		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Was war heute noch wichtig?												
Notfallspray	ja/nein			ja/nein			ja/nein			ja/nein		

kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
ja/nein				ja/nein				ja/nein				ja/nein			

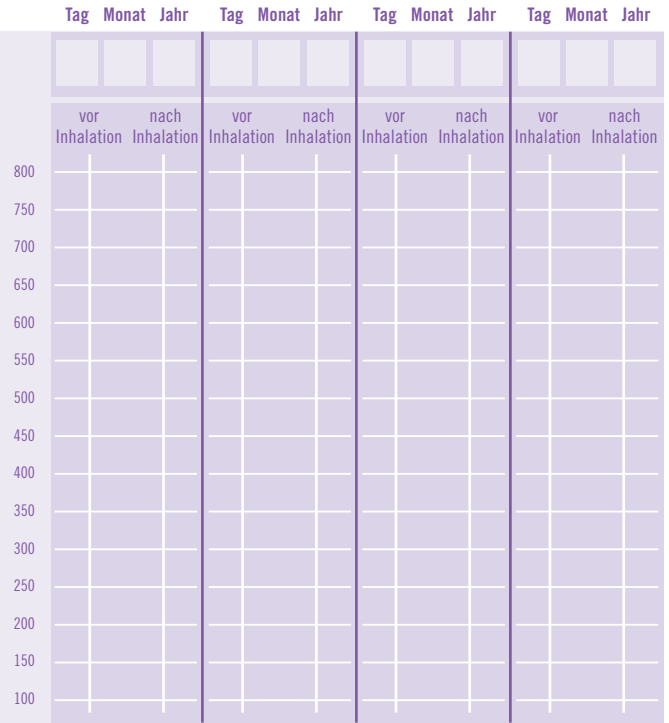


Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Infekte		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Urlaub		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Was war heute noch wichtig?												
Notfallspray	ja/nein			ja/nein			ja/nein			ja/nein		

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Infekte		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Urlaub		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Was war heute noch wichtig?																
Notfallspray	ja/nein				ja/nein				ja/nein				ja/nein			

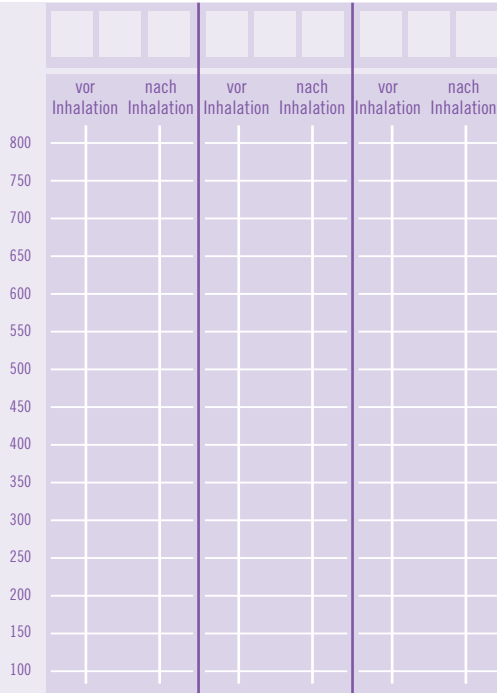


Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>		
Infekte		ja <input type="radio"/>		
Urlaub		ja <input type="radio"/>		
Was war heute noch wichtig?				
Notfallspray		ja/nein		

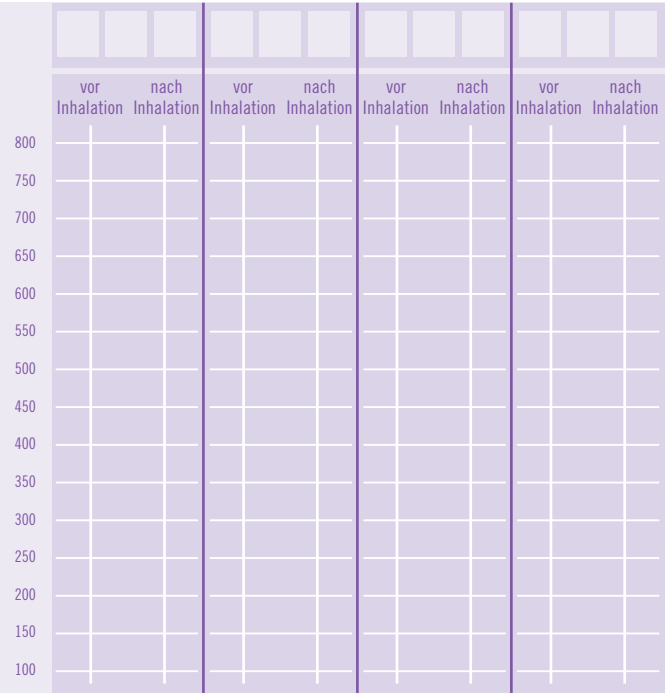


Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>		
Infekte		ja <input type="radio"/>		
Urlaub		ja <input type="radio"/>		
Was war heute noch wichtig?				
Notfallspray		ja/nein		

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

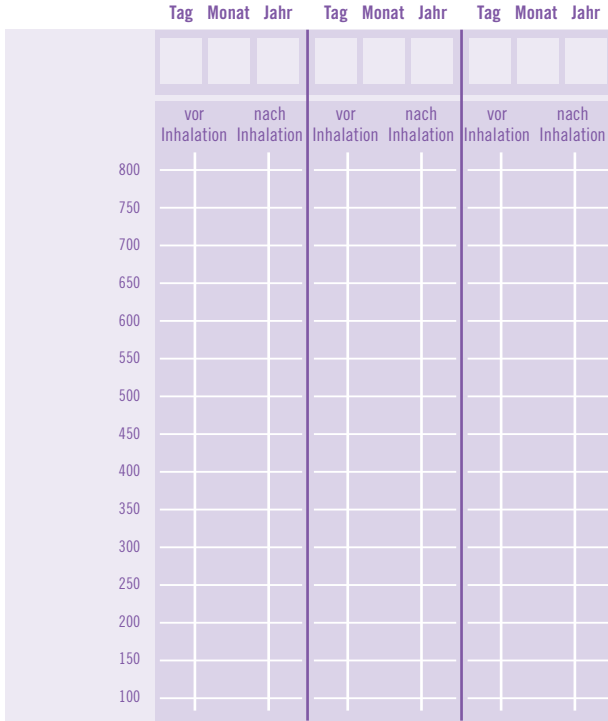


Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

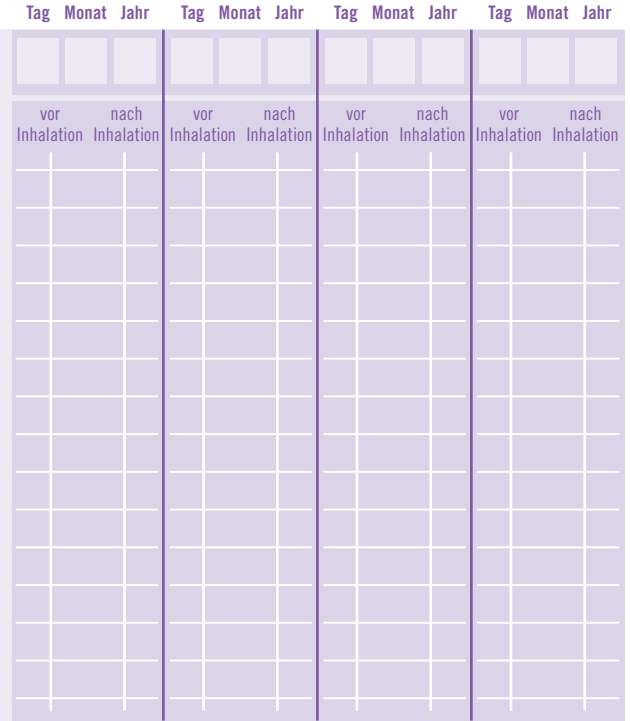


Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Infekte		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Urlaub		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Was war heute noch wichtig?												
Notfallspray	ja/nein		ja/nein		ja/nein		ja/nein		ja/nein		ja/nein	

Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Infekte		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Urlaub		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Was war heute noch wichtig?																
Notfallspray	ja/nein		ja/nein		ja/nein		ja/nein		ja/nein		ja/nein		ja/nein		ja/nein	



Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Infekte		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Urlaub		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Was war heute noch wichtig?												
Notfallspray	ja/nein			ja/nein			ja/nein			ja/nein		



Bitte ankreuzen:	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark	kein(e)	wenig	mittel	stark
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollenflug		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Infekte		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Urlaub		ja <input type="radio"/>			ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>				ja <input type="radio"/>			
Was war heute noch wichtig?																
Notfallspray	ja/nein				ja/nein				ja/nein				ja/nein			

