



Liebe Patientin, lieber Patient,

bei der Untersuchung Ihrer Nahrungsmittelallergie ist Ihr Arzt in besonderem Maße auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Bitte tragen Sie daher das Essen und die Getränke, die Sie täglich zu sich nehmen, in das Schema unten ein. Sollten Beschwerden auftreten, versuchen Sie das Essen und die Getränke noch einmal möglichst genau zu beschreiben. So helfen Sie Ihrem Arzt, die auslösenden Allergene zu finden und wissen, welche Nahrungsmittel Sie in Zukunft meiden sollten.

Eingenommene Nahrungsmittel

Aufgetretene Beschwerden

Frühstück

Uhrzeit: _____

Uhrzeit: _____

Vormittag

Uhrzeit: _____

Uhrzeit: _____

Mittag

Uhrzeit: _____

Uhrzeit: _____

Nachmittag

Uhrzeit: _____

Uhrzeit: _____

Abend

Uhrzeit: _____

Uhrzeit: _____

Wenn Beschwerden auftreten

Was genau wurde gegessen und getrunken?

Milch- u. Milchprodukte:	<input type="text"/>
Eier:	<input type="text"/>
Fisch- und Schalentiere:	<input type="text"/>
Fleisch:	<input type="text"/>
Getreide und Nährmittel:	<input type="text"/>
Gemüse:	<input type="text"/>
Obst:	<input type="text"/>
Nüsse/Kerne/Samen:	<input type="text"/>
Gewürze/Saucen:	<input type="text"/>
Getränke:	<input type="text"/>
Sonstiges:	<input type="text"/>