



MEIN
URTIKARIA-
TAGEBUCH

 NOVARTIS

*Wen
juckt's?*
WENJUCKTS.INFO

Urtikaria (Nesselsucht)
ist eine ernstzunehmende
chronische Erkrankung.

Das Gute ist:
Sie ist behandelbar!
Ziel ist die vollständige
Symptomfreiheit.

***Wen
juckt's?***
WENJUCKTS.INFO

PATIENTENDATEN

Vorname/Name

Telefon

MEDIKAMENTE

Dauermedikation

Dosierung

Dauermedikation

Dosierung

Dauermedikation

Dosierung

Dauermedikation

Dosierung

ALLERGIEN

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

Sie haben im Rahmen der Behandlung Ihrer Nesselkrankheit (Urtikaria) dieses Tagebuch erhalten.

Mit dem Führen dieses Tagebuches erheben Sie den Urtikaria-Aktivitätsscore. Er bietet Ihnen die Möglichkeit – im Gegensatz zu der Momentaufnahme beim Arztbesuch – Ihrem behandelnden Arzt über längere Zeit darzustellen, was Sie Tag für Tag und Nacht für Nacht erleben.

Bei einer Urtikaria kommt es zu plötzlich juckenden Quaddeln der Haut oder einzelnen Hautpartien, die mit einem starken Jucken einhergehen. Es treten teilweise gleichzeitig oder auch allein tiefe Schwellungen der Haut, sogenannte Angioödeme, auf. Diese sind sehr unangenehm und teilweise schmerzhaft. Die Unvorhersehbarkeit der Urtikariaschübe und die Schlafstörungen beeinträchtigen die Lebensqualität zusätzlich.

Dieses Patiententagebuch ist so aufgebaut, dass Sie Ihre Belastung durch auftretende Quaddeln und das Jucken täglich bewerten (zwischen 0 und 3) und somit detailliert dokumentieren können. Den sogenannten wöchentlichen Urtikaria-Aktivitätsscore (UAS7) erhalten Sie, indem Sie am Ende einer Woche die Belastung durch das Addieren aller gemachten Bewertungen (max. 42) ermitteln.



Die tägliche Bewertung (UAS) sollte immer zur gleichen Tageszeit ausgefüllt werden. Rückblickend werden immer die letzten 24 Stunden betrachtet. Informationen zu Angioödemem können Sie in einer zusätzlichen Spalte eintragen.



Auf den folgenden Seiten finden Sie zuerst eine Anleitung, wie das Tagebuch ausgefüllt werden muss, um Ihnen und Ihrem Arzt den maximalen Nutzen zu liefern. Danach können Sie direkt mit dem Führen des Tagebuchs beginnen!

Bitte vergessen Sie nicht: Je gewissenhafter Sie Ihr Tagebuch führen, desto einfacher wird es Ihnen möglich sein, die aufgetretenen Beschwerden Ihrem Arzt in kürzester Zeit darzustellen.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg beim Ausfüllen!

ANLEITUNG URTIKARIA-AKTIVITÄTSSCORE



Bitte betrachten Sie beim Ausfüllen des Tagebuchs immer den vergangenen Tag insgesamt und nicht alleine die Situation, die gerade besteht, während Sie das Tagebuch ausfüllen.

Markieren Sie die Zahl im entsprechenden Kästchen des jeweiligen Tages. Bitte tragen Sie dann die Summe der Zahlen für den Quaddelwert und den Juckreizwert in die dritte Spalte ein. Am Ende der Woche können Sie dann einen Gesamtwert in der **dritten Spalte** eintragen.

In der 4. Spalte können Sie angeben, ob Sie in den letzten 24 Stunden Angioödeme entwickelt haben.

In der 5. Spalte können Sie die Einnahme Ihres Antihistaminikums protokollieren.

In die 6. Spalte tragen Sie bitte stichpunktartig Aktivitäten/mögliche Auslöser/Sonstiges ein, von dem Sie glauben, dass es in einem ursächlichen Zusammenhang mit Ihren Beschwerden stehen könnte. Hier ist auch Platz für den Vermerk, an welcher Körperstelle ein Angioödem aufgetreten ist.

Bewerten Sie zuerst Ihre Beschwerden **der letzten 24 Stunden** bezüglich der Quaddeln und des Juckens mit einer Zahl:

QUADDEL-WERT	JUCKREIZ-WERT
0 = keine Quaddeln	0 = kein Jucken
1 = weniger als 20 Quaddeln	1 = leicht (vorhanden, doch nicht störend)
2 = zwischen 20 und 50 Quaddeln	2 = mittel (störend, aber keine wesentliche Beeinflussung der täglichen Aktivitäten oder des Schlafs)
3 = mehr als 50 Quaddeln	3 = stark (schweres Jucken, das die täglichen Aktivitäten oder den Schlaf wesentlich beeinflusst)

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				Quaddel- und Juckreizwert
	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	
GESAMTSUMME = UAS7									

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				SUMME Quaddel- und Juck- reizwert
	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	
GESAMTSUMME = UAS7									

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				Quaddel- und Juckreizwert
	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	
GESAMTSUMME = UAS7									

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				Quaddel- und Juckreizwert
	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	
GESAMTSUMME = UAS7									

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				Quaddel- und Juckreizwert
	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	
GESAMTSUMME = UAS7									

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				Quaddel- und Juckreizwert
	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	
GESAMTSUMME = UAS7									

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	Quaddel- und Juckreizwert
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	

GESAMTSUMME = UAS7

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				Quaddel- und Juckreizwert
	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	
GESAMTSUMME = UAS7									

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

von	bis	Woche
-----	-----	-------

QUADDEL-WERT

JUCKREIZ-WERT

SUMME

Tag	QUADDEL-WERT				JUCKREIZ-WERT				Quaddel- und Juckreizwert
	keine	< 20	20 - 50	> 50	keine	leicht	mittel	stark	
Mo	0	1	2	3	0	1	2	3	
Di	0	1	2	3	0	1	2	3	
Mi	0	1	2	3	0	1	2	3	
Do	0	1	2	3	0	1	2	3	
Fr	0	1	2	3	0	1	2	3	
Sa	0	1	2	3	0	1	2	3	
So	0	1	2	3	0	1	2	3	
GESAMTSUMME = UAS7									

*Bitte geben Sie an, welches Antihistaminikum Sie aktuell einnehmen:

ANGIO- ÖDEME

ANTIHISTAMINIKUM*

SONSTIGES

ja	morgens	mittags	abends	nachts	Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Haben Sie medizinische Fragen zu Ihrer Erkrankung oder Novartis-Produkten, z. B.

- Einnahme
- Wirkung
- Mögliche Nebenwirkungen
- Kombinationen, Wechselwirkungen
mit anderen Medikamenten?

**Dann kontaktieren Sie uns, das
medizinisch-wissenschaftliche Team
des Novartis-Infoservice, gerne unter**

Telefon: 0911-273 12 100 *

Fax: 0911-272 12 160

E-Mail: [infoservice.novartis
@novartis.com](mailto:infoservice.novartis@novartis.com)

Internet: www.infoservice.novartis.de

*(Mo. - Fr. von 08:00 bis 18:00 Uhr)



TIPP

**Weitere Informationen zu
Urtikaria finden Sie unter:**

www.wenjuckts.info

www.nesselsuchtinfor.de

und www.urtikaria.net

