

# Mein **URTIKARIA** **TAGEBUCH**



**NESSEL  
SUCHT** info

[www.nesselsuchtinfor.de](http://www.nesselsuchtinfor.de)



# NESSEL SUCHT info

[www.nesselsuchtinfo.de](http://www.nesselsuchtinfo.de)

Urtikaria (Nesselsucht) ist eine ernst-  
zunehmende chronische Erkrankung.

**Das Gute ist:** Sie ist behandelbar!  
Ziel ist die vollständige Symptommfreiheit.

# Patient\*innendaten

\_\_\_\_\_  
Vorname/Nachname

\_\_\_\_\_  
Telefon

## Medikamente

\_\_\_\_\_  
Dauermedikation

\_\_\_\_\_  
Dosierung

\_\_\_\_\_  
Dauermedikation

\_\_\_\_\_  
Dosierung

\_\_\_\_\_  
Dauermedikation

\_\_\_\_\_  
Dosierung

## Allergien

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

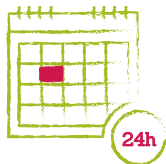
# Sehr geehrte\*r Patient\*in,

du hast im Rahmen der Behandlung deiner Nesselkrankheit (Urtikaria) dieses Tagebuch erhalten.

Mit dem Führen dieses Tagebuches erhebst du den Urtikaria-Aktivitätsscore. Er bietet dir die Möglichkeit – im Gegensatz zu der Momentaufnahme beim Arztbesuch – deinem\*deiner Ärzt\*in über längere Zeit darzustellen, **was du Tag für Tag und Nacht für Nacht erlebst.**

Bei einer Urtikaria kommt es zu plötzlichen Quaddeln auf 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 Tagebuch ist so aufgebaut, dass du deine Belastung durch auftretende Quaddeln und das Jucken täglich bewerten (zwischen 0 und 3) und somit detailliert dokumentieren kannst.



Die **tägliche Bewertung (UAS)** sollte immer zur gleichen Tageszeit stattfinden. Rückblickend werden immer die letzten 24 Stunden betrachtet. Informationen zu Angioödemem kannst du in einer zusätzlichen Spalte eintragen.



Den sogenannten **wöchentlichen Urtikaria-Aktivitätsscore (UAS7)** erhältst du, indem du am Ende einer Woche die Belastung durch das Addieren aller gemachten Bewertungen (max. 42) ermittelst.

Auf den folgenden Seiten findest du zuerst eine Anleitung, wie das Tagebuch ausgefüllt werden muss, um dir und deinem\*deiner Ärzt\*in den maximalen Nutzen zu liefern. Danach kannst du direkt mit dem Führen des Tagebuchs beginnen!

**Bitte nicht vergessen!**

Je gewissenhafter du dein Tagebuch führst, desto einfacher wird es dir möglich sein, die aufgetretenen Beschwerden deinem\*deiner Ärzt\*in in kürzester Zeit darzustellen.

**Wir wünschen dir viel Erfolg beim Ausfüllen!**

# Anleitung

## Urtikaria-Aktivitätsscore



Bitte betrachte beim Ausfüllen des Tagebuchs immer den vergangenen Tag insgesamt und nicht alleine die Situation, die gerade besteht, während du das Tagebuch ausfüllst.

Markiere die Zahl im entsprechenden Kästchen des jeweiligen Tages. Bitte trage dann die Summe der Zahlen für den **Quaddel-Wert** und den **Juckreiz-Wert** in die **3. Spalte** ein. Am Ende der Woche kannst du dann einen **Gesamtwert** in der **3. Spalte** eintragen.

● **In der 4. Spalte ...**

... kannst du angeben, ob du in den letzten 24 Stunden Angioödeme entwickelt hast.

● **In der 5. Spalte ...**

... kannst du die Einnahme deines Antihistaminikums protokollieren.

● **In die 6. Spalte ...**

... trägst du bitte stichpunktartig Aktivitäten / mögliche Auslöser / Sonstiges ein, von dem du glaubst, dass es in einem ursächlichen Zusammenhang mit deinen Beschwerden stehen könnte. Hier ist auch Platz für den Vermerk, an welcher Körperstelle ein Angioödem aufgetreten ist.



Bewerte zuerst deine Beschwerden **der letzten 24 Stunden** bezüglich der Quaddeln und des Juckens mit einer Zahl:

#### **Quaddel-Wert**

**0 = keine Quaddeln**

**1 = weniger als 20 Quaddeln**

**2 = zwischen 20 und 50 Quaddeln**

**3 = mehr als 50 Quaddeln**

#### **Juckreiz-Wert**

**0 = kein Jucken**

**1 = leicht** (vorhanden, doch nicht störend)

**2 = mittel** (störend, aber keine wesentliche Beeinflussung der täglichen Aktivitäten oder des Schlafs)

**3 = stark** (schweres Jucken, das die täglichen Aktivitäten oder den Schlaf wesentlich beeinflusst)

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel-<br>und<br>Juckreiz-<br>Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

| Angio-<br>ödeme | Antihistaminikum * |         |        |        | Sonstiges                                                                                                                                                                                       |
|-----------------|--------------------|---------|--------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ja              | morgens            | mittags | abends | nachts | <p>Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?</p> |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel-<br>und<br>Juckreiz-<br>Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

| Angio-<br>ödeme | Antihistaminikum * |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 | Sonstiges |
|-----------------|--------------------|---------|--------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ja              | morgens            | mittags | abends | nachts | <p>Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?</p> |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |           |

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel-<br>und<br>Juckreiz-<br>Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**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?

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel-<br>und<br>Juckreiz-<br>Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

| Angio-<br>ödeme | Antihistaminikum * |         |        |        | Sonstiges                                                                                                                                                                                       |
|-----------------|--------------------|---------|--------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ja              | morgens            | mittags | abends | nachts | <p>Bitte angeben: z. B. Auslöser: Stress, Anstrengung, Druck, Sonne, andere körperliche und seelische Belastungen, andere Medikamente. An welchen Körperstellen genau waren die Angioödeme?</p> |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                                 |

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel- und Juckreiz-Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|----------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**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?

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel-<br>und<br>Juckreiz-<br>Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**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?

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel-<br>und<br>Juckreiz-<br>Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**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?

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel-<br>und<br>Juckreiz-<br>Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

## 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?

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel-<br>und<br>Juckreiz-<br>Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

| Angio-<br>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? |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel- und Juckreiz-Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|----------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**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?

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel- und Juckreiz-Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|----------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**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?

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel-<br>und<br>Juckreiz-<br>Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

| Angio-<br>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? |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |
|                 |                    |         |        |        |                                                                                                                                                                                          |           |

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel-<br>und<br>Juckreiz-<br>Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**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?

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel-<br>und<br>Juckreiz-<br>Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**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?

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel-<br>und<br>Juckreiz-<br>Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**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?

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel-<br>und<br>Juckreiz-<br>Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|--------------------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**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?

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel- und Juckreiz-Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|----------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

## 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 Angioödem?

Woche

von

bis

Quaddel-Wert

Juckreiz-Wert

Summe

| Tag                | keine | < 20 | 20 - 50 | > 50 | keine | leicht | mittel | stark | Quaddel- und Juckreiz-Wert |
|--------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|--------|-------|----------------------------|
| 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 gebe an, welches Antihistaminikum du aktuell einnimmst

**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?

# Kontakt

## Hast du medizinische Fragen zu deiner Erkrankung oder Novartis-Produkten, z. B.

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

**Dann kontaktiere 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](http://www.infoservice.novartis.de)

\*(Mo. – Fr. von 08:00 – 18:00 Uhr)

## Tipp

Weitere Informationen  
zu Urtikaria findest du unter



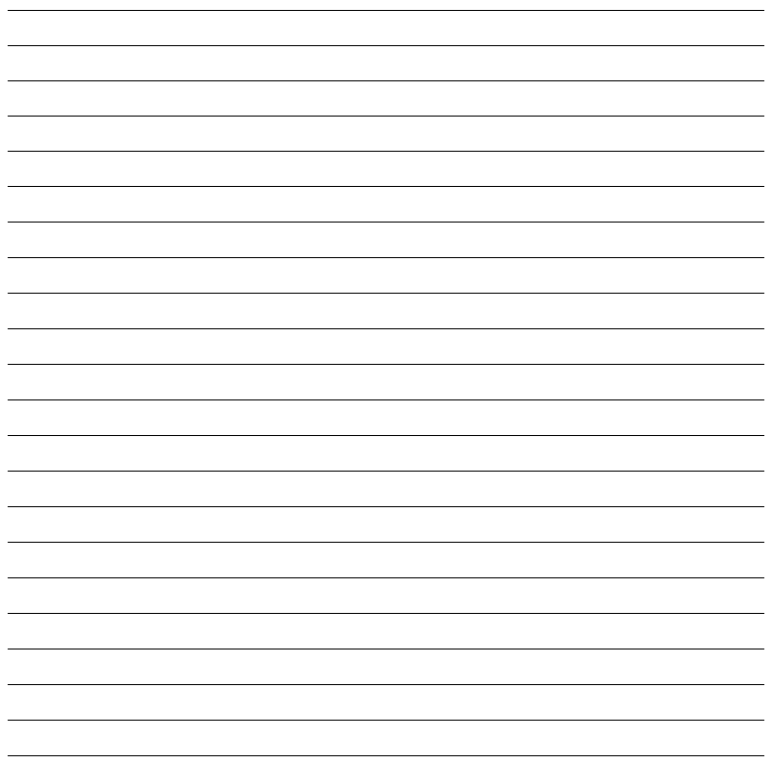
[www.nesselsuchtinfo.de](http://www.nesselsuchtinfo.de)



[www.urtikaria.net](http://www.urtikaria.net)

## Eigene Notizen

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be a standard notebook page or a sheet of stationery.





 **NOVARTIS**

Novartis Pharma GmbH  
Nürnberg  
[www.novartis.de](http://www.novartis.de)

09 / 2024