

# Ihr Rosacea-Tagebuch



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

| Datum  | Mo.,  | Di.,                     | Mi.,                     | Do.,                     | Fr.,                     | Sa.,                     | So.,                     |                          |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Triggerfaktoren</b>   | <b>ausgelöste Rötungen</b><br>keine leicht mittel stark |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Wetterbedingungen</b>   | <b>ausgelöste Rötungen</b><br>keine leicht mittel stark |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Sonne  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hitze  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wind   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kälte  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Lebensmittel</b>  | <b>ausgelöste Rötungen</b><br>keine leicht mittel stark |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Scharfe Speisen  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alkohol  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heißgetränke   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Körperliche Aktivität</b>   | <b>ausgelöste Rötungen</b><br>keine leicht mittel stark |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Heißes Bad/Sauna   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sport  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Stresspegel</b>   | <b>ausgelöste Rötungen</b><br>keine leicht mittel stark |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| gestresst – entspannt  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Hautpflegeprodukte</b>  | <b>ausgelöste Rötungen</b><br>keine leicht mittel stark |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Hautreinigung:   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautpflege:  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kosmetika (z. B. Make-up)  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges:   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Therapiemaßnahmen</b>   | <b>Effekt / Linderung</b><br>keine leicht mittel stark  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Hautpflegeprodukte:  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medikamente:   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kosmetische Behandlungen:  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges:   | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Zusammenfassung</b>   | <b>keine bis starke Symptome</b>                        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Wie ausgeprägt waren die Symptome Ihrer Haut heute?  | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |