

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bei allergischen Erkrankungen reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe, die meist in der Umgebung zu finden sind. Um zu erkennen, ob eine Krankheit allergisch bedingt ist und welche Stoffe dabei beteiligt sind, benötigt ihr Arzt möglichst genaue Angaben über Ihre Umgebung, über den Krankheitsverlauf und die Beschwerden.

Bitte lesen Sie den folgenden Fragebogen zuerst in Ruhe durch und füllen Sie ihn danach sorgfältig aus. Beachten Sie, dass sich alle Fragen auf Sie als Patienten beziehen. Bei Ihrem nächsten Praxisbesuch wird Ihr Arzt Ihre Angaben ausführlich mit Ihnen besprechen.

Patienten-ID Geburtsdatum

Name, Vorname des Patienten

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefonnr.

Welche Beschwerden führen Sie zur Allergieuntersuchung?

In welchem Alter traten die Beschwerden zum ersten Mal auf?

Mit	Jahren
-----	--------

Beruf/Hobbies des Patienten:

Arbeitsplatz:	Frühere Tätigkeit:	Hobbies:
---------------	--------------------	----------

Welche Beschwerden bestehen oder bestanden früher?

Milchschorf	Nesselausschlag	Hautquaddeln	Gesichtsschwellung
Ekzeme	Augentränen	Augenjucken	Bindehautentzündung
Fließschnupfen	Niesanfälle	Kurzatmigkeit	Bronchitis mit Atemnot
Bronchitis ohne Atemnot	Atemnot	Reizhusten	Krupphusten
Husten nur morgens	Husten nur abends	Behinderte Nasenatmung	Neigung zu Erkältungsschnupfen
Magen-Darm Beschwerden	Jucken der Gehörgänge	Sonstiges:	

Haben/Hatten Verwandte allergische Erkrankungen (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Hautallergien)? Wenn ja, welche?

Wann treten die Beschwerden auf?

Art der Beschwerden: In den Monaten:
 Art der Beschwerden: In den Monaten:
 Art der Beschwerden: In den Monaten:

Treten die Beschwerden vorwiegend zu einer bestimmten Tageszeit auf?

Nein, die Beschwerden sind ständig vorhanden				
Ja, vorwiegend	morgens	vormittags	nachmittags	nachts

Wie ist die Beschaffenheit zu Hause?

Altbau	Neubau	Feuchtes Mauerwerk, Stockflecken
Trockene Innenräume	Abgehängte Decken	Bad und WC ohne Fenster

Wie ist die Umgebung zu Hause?

Großstadt	Enge Bebauung	Umliegende Wiesen/Felder	Naheliegende Gewässer/Tümpel
Kleinstadt	Umliegender Park/Garten/Wald	Naheliegende Industrie	Nahegelegene Landwirtschaft

An welchen Orten verstärken sich die Beschwerden?

Ortsunabhängig	Zu Hause, wo?	Schule/Kita	Arbeitsplatz
Wiesen/Felder	Wald	Tierstall/Zirkus/Zoo	Wo sonst?

Besteht oder bestand Kontakt zu Tieren (z.B. zu Hause, bei Freunden/Verwandten)?

Nein	Ja, welche?
------	-------------

Wie ist die Beschaffenheit Ihrer Matratze?

Rosshaar	Latex	Kapok	Federkern
Schaumstoff	andere:		

Woraus sind Ihre Bettdecke/Ihr Kopfkissen?

Federn	Wolle	Schaumstoff	Daunen
Seide	Kunstfaser	andere:	

Benutzen Sie allergendichte Bettüberzüge?

Nein	Ja, welche?
------	-------------

Welcher Bodenbelag liegt bei Ihnen zu Hause?

Teppich	glatter Bodenbelag (Linoleum/Laminat/Parkett/Fliesen)
---------	---

Verursachen/verstärken z.B. Dämpfe, Gerüche oder Staub die Beschwerden?

Hausstaub	Waschmittelstaub	Temperaturwechsel	Mehlstaub
Braten-/Kochdunst	Haar-/Körper-/Farbspray	Heu-/Strohstaub	andere:

Besteht gegen bestimmte Nahrungsmittel starke Abneigung oder Unverträglichkeit?

Äpfel	Zitronen	Erbeeren	Pfirsiche	Tomaten	Erbsen, Linsen
Sellerie	Gewürze	Nüsse, welche?		Erdnuss	Soja
Eier	Milch	Käse	Honig	Schokolade	Weizen
Sonstige:					

Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

Asthma	Lippen-Rachenschwellung	Bauchschmerzen	Schnupfen	Migräne
Nesselausschlag	Ekzeme	Erbrechen	Übelkeit	Durchfall
andere:				

Bestehen Überempfindlichkeiten gegen Medikamente?

Penicillin	Fiebermittel	Beruhigungsmittel
Pflaster	andere Medikamente:	

Haben Sie eine Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche (Biene, Wespe) beobachtet?

Nein	Ja, welche?
------	-------------

Wurde bereits eine Allergieimpfung (Hyposensibilisierung) durchgeführt?

Nein	Ja, von	bis	Mit gutem Erfolg (deutliche Besserung/Heilung)
ohne Erfolg	Mit starken Nebenwirkungen:		
Mit Abbruch der Behandlung. Grund:			

Wurden Medikamente gegen die allergischen Beschwerden eingenommen?

Nein	Ja, welche?
------	-------------

Haben Sie bestimmte Dinge abgeschafft?

Federbetten	Matratzen	Teppiche	Haustiere, welche
Tierfelle/Pelzmäntel	Sonstiges:		

Wurden Ihre Beschwerden dadurch verbessert?

Ja	Nein	ein wenig
----	------	-----------

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!