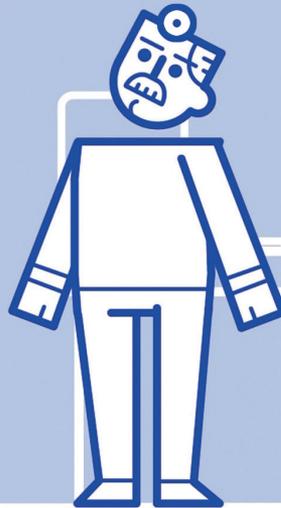
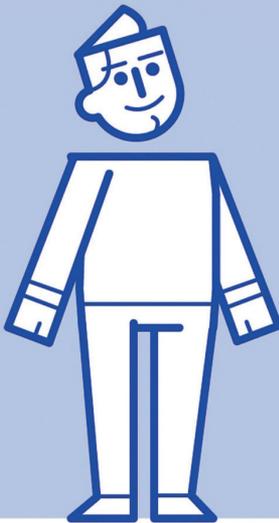


Allergie-Fragebogen für Patienten





Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei allergischen Erkrankungen reagieren Patienten 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.

Name, Vorname des Patienten

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefonnr.

Geburtsdatum

Wer füllt den Fragebogen aus?

Patient selbst Eltern sonstige: _____

Welche Beschwerden führen Sie zur Allergieuntersuchung?

In welchem Alter traten die Beschwerden zum ersten Mal auf?

Mit _____ Jahren

Hauptbeschwerden: _____

Beruf/Hobbies des Patienten:

Arbeitsplatz: _____

frühere Tätigkeit: _____

Hobbies: _____

Welche Beschwerden bestehen oder bestanden früher und wann?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Milchschorf | <input type="checkbox"/> Neigung zu Erkältungsschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Nesselfieber | <input type="checkbox"/> Behinderte Nasenatmung |
| <input type="checkbox"/> Hautquaddeln | <input type="checkbox"/> Bronchitis mit/ohne Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Gesichtsschwellungen | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Augentränen | <input type="checkbox"/> Reizhusten |
| <input type="checkbox"/> Augenjucken | <input type="checkbox"/> Krupphusten |
| <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung | <input type="checkbox"/> Husten nur morgens/nachts |
| <input type="checkbox"/> Fließschnupfen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Niesanfälle | <input type="checkbox"/> Jucken der Gehörgänge |

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

- Hund Pferd Goldhamster
 Katze Taube Wellensittich
 Kaninchen Meerschweinchen
 andere Tiere (welche?: _____)
 wo und bis wann?: _____

Wie ist die Beschaffenheit Ihrer Matratze?

- Rosshaar Latex Kapok
 Federkern Schaumstoff andere: _____

Woraus ist Ihre Bettdecke?

- Federn Wolle Kunstfaser
 Daunen Seide andere: _____

Woraus ist Ihr Kopfkissen?

- Federn Schaumstoff Kunstfaser
 Daunen

Benutzen Sie allergendichte Bettüberzüge?

- Ja Nein

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 was sonst?: _____

Besteht gegen bestimmte Nahrungsmittel starke Abneigung oder Unverträglichkeit?

- Äpfel Apfelsinen/Zitronen Eier
 Erbsen, Linsen, Bohnen Erdbeeren Erdnüsse
 Gewürze Honig Käse
 Milch Nüsse Pflirsiche
 Schokolade Sellerie Soja
 Tomaten Weizen
 sonstige: _____

Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

- Asthma Lippen-/Rachenschwellung Bauchschmerzen
 Schnupfen Durchfall Migräne
 Nesselsucht Übelkeit Erbrechen
 Verstärktes Ekzem andere: _____

Bestehen Überempfindlichkeiten gegen Medikamente?

- Penicillin Fiebermittel Beruhigungsmittel
 Pflaster andere Medikamente: _____

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

Ja, es traten folgende Reaktionen auf:

- Starke Schwellung Hautquaddeln
 Atemnot Schwächeanfall
 Sonstiges: _____

Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt?

- Ja (Jahr: _____ Arzt/Klinik: _____)

Folgende Allergien wurden festgestellt:

- Pollen Nahrungsmittel Insektengift
 Hausstaubmilben andere: _____

Wurde bereits eine Allergieimpfung (Desensibilisierungsbehandlung) durchgeführt?

- Ja, von _____ bis _____
- Mit gutem Erfolg (deutliche Besserung oder Heilung)
- Ohne wesentlichen Erfolg
- Mit starken Nebenwirkungen (welche?: _____)
- Mit Abbruch der Behandlung (warum?: _____)

Welche Medikamente sind gegen die allergischen Beschwerden eingenommen worden?

- Antihistaminika Cortison-Präparate Dosier-Aerosol
- Hautsalben Inhaliergerät Schnupfenmittel
- sonstige Medikamente/Name: _____

Rauchen Sie (Zigarette, Zigarre, Pfeife)?

- Nein, noch nie Nicht mehr seit: _____
- Ja (seit wann und wie viel/Tag?): _____
- Ein anderes Mitglied des Haushaltes raucht

Haben Sie bestimmte Dinge abgeschafft?

Ja, folgende Dinge wurden abgeschafft:

- Federbetten, Federkissen, Matratzen Teppiche
- Haustiere (welche? _____) Tierfelle, Pelzmäntel
- Sonstiges: _____

Wurden Ihre Beschwerden dadurch verbessert

- Ja Nein

Vielen Dank!