

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 Hautsalben
 Dosier-Aerosol Schnupfenmittel Inhaliergerät
 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 bereits bestimmte Dinge abgeschafft?

Ja, folgende Dinge wurden abgeschafft:

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

Wurden Ihre Beschwerden dadurch verbessert:

- Ja Nein

Allergie-Fragebogen für Patienten



BITTE
bringen Sie den ausgefüllten
Fragebogen zu Ihrem Termin in die Paxis mit.
Dankeschön!

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:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Besteht gegen bestimmte Nahrungsmittel starke Abneigung oder Unverträglichkeit?

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eier | <input type="checkbox"/> Soja | <input type="checkbox"/> Erdbeeren |
| <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Äpfel | <input type="checkbox"/> Pfirsiche |
| <input type="checkbox"/> Käse | <input type="checkbox"/> Apfelsinen/Zitronen | <input type="checkbox"/> Tomaten |
| <input type="checkbox"/> Sellerie | <input type="checkbox"/> Erbsen, Linsen, Bohnen | <input type="checkbox"/> Nüsse |
| <input type="checkbox"/> Schokolade | <input type="checkbox"/> Honig | <input type="checkbox"/> Erdnüsse |
| <input type="checkbox"/> Weizen | <input type="checkbox"/> Gewürze | |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | |

Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lippen-/Rachenschwellung | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Nesselsucht | <input type="checkbox"/> Übelkeit | |
| <input type="checkbox"/> Verstärktes Ekzem | <input type="checkbox"/> Erbrechen | |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | |

Bestehen Überempfindlichkeiten gegen Medikamente?

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Fiebermittel | <input type="checkbox"/> Beruhigungsmittel |
| <input type="checkbox"/> andere Medikamente: _____ | | <input type="checkbox"/> Pflaster |

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

Ja, es traten folgende Reaktionen auf:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> starke Schwellung | <input type="checkbox"/> Hautquaddeln |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Schwächeanfall |

Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt?

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

Folgende Allergien wurden festgestellt:

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel | <input type="checkbox"/> Insektengift |
| <input type="checkbox"/> Hausstaubmilben | <input type="checkbox"/> andere: _____ | |

Besteht oder bestand Kontakt zu Tieren (z.B. in der Wohnung, bei Freunden)?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hund | <input type="checkbox"/> Pferd | <input type="checkbox"/> Goldhamster |
| <input type="checkbox"/> Katze | <input type="checkbox"/> Taube | <input type="checkbox"/> Wellensittich |
| <input type="checkbox"/> Kaninchen | <input type="checkbox"/> Meerschweinchen | |
| <input type="checkbox"/> andere Tiere | welche?: _____ | |
| <input type="checkbox"/> wo und bis wann?: | _____ | |

Wie ist die Beschaffenheit Ihrer Matratze?

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rosshaar | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Kapok |
| <input type="checkbox"/> Federkern | <input type="checkbox"/> Schaumstoff | <input type="checkbox"/> andere: _____ |

Woraus ist Ihre Bettdecke?

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Federn | <input type="checkbox"/> Wolle | <input type="checkbox"/> Kunstfaser |
| <input type="checkbox"/> Daunen | <input type="checkbox"/> Seide | |

Woraus ist Ihr Kopfkissen?

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Federn | <input type="checkbox"/> Schaumstoff | <input type="checkbox"/> Kunstfaser |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|

Benutzen Sie allergendichte Bettüberzüge?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Welcher Bodenbelag liegt in Ihrer Wohnung?

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Teppich | <input type="checkbox"/> glatter Bodenbelag (Linoleum / Laminat / Parkett) |
|----------------------------------|--|

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

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hausstaub | <input type="checkbox"/> Waschmittelstaub | <input type="checkbox"/> Temperaturwechsel |
| <input type="checkbox"/> Mehlstaub | <input type="checkbox"/> Braten-/Kochdunst | <input type="checkbox"/> Haar-/Körper-/Farbspray |
| <input type="checkbox"/> Heu-/Strohstaub | <input type="checkbox"/> was sonst?: _____ | |

Wer füllt den Fragebogen aus?

- | | | |
|---|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Patient selbst | <input type="checkbox"/> Eltern | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
|---|---------------------------------|--|

Welche Beschwerden führen zur Allergieuntersuchung?

In welchem Alter traten sie zum ersten Mal auf?

Mit _____ Jahren

Hauptbeschwerden:

Beruf des Patienten:

Arbeitsplatz: _____

Hobbys: _____

frühere Tätigkeit: _____

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"/> Verhinderte 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 |

Welche Verwandten haben oder hatten welche allergischen Erkrankungen (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Hautallergien)?

- Vater: _____
 Mutter: _____
 Geschwister: _____
 Großeltern: _____
 andere (wer? _____): _____

Wann treten die Beschwerden auf?

- ganzjährig
 wechselnd, unabhängig von der Jahreszeit
 ganzjährig und in den folgenden Monaten besonders stark:

- Jan Feb März April Mai Juni
 Juli Aug Sep Okt Nov Dez

nur in folgenden Monaten (bitte Monate ankreuzen):

Art der Beschwerden:

- _____
- Jan Feb März April Mai Juni
 Juli Aug Sep Okt Nov Dez

Art der Beschwerden:

- _____
- Jan Feb März April Mai Juni
 Juli Aug Sep Okt Nov Dez

Art der Beschwerden:

- _____
- Jan Feb März April Mai Juni
 Juli Aug Sep Okt Nov Dez

Treten die Beschwerden vorwiegend zu einer bestimmten Tageszeit auf?

- Nein, die Beschwerden sind ständig vorhanden.
 Nein, die Beschwerden treten zu unterschiedlichsten Tageszeiten auf.
 Ja, vorwiegend:
 morgens vormittags nachmittags nachts ab: _____

Wie ist die Beschaffenheit der Wohnung?

- Altbau feuchtes Mauerwerk, Stockflecken
 Neubau abgehängte Decken
 trocken Bad und WC mit/ohne Fenster

Wie ist die Umgebung der Wohnung?

- Großstadt umliegende Wiesen/Felder
 Kleinstadt nahegelegene Industrie
 enge Bebauung naheliegende Gewässer/Tümpel
 umliegender Park/Garten/Wald nahegelegene Landwirtschaft

An welchen Orten verstärken sich die Beschwerden?

- ortsunabhängig Arbeitsplatz
 Wohnung (wo?): Wiesen/Felder
 Keller/Dachboden Wald
 Schule/Kindergarten Tierstall/Zirkus/Zoo
 wo sonst? _____

An welchen Orten verbessern sich die Beschwerden?

- Wohnung Berge (Hochgebirge)
 Arbeitsplatz Meer