

# ALLERGIE-FRAGEBOGEN

Arztstempel

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen (X)

## 1. AKTUELLE BESCHWERDEN

- Dauerschnupfen
- Verstopfte Nase
- Niesanfälle (mehr als 3x in Folge)
- Augentränen, Augenjucken
- Husten, Reizhusten
- Bronchitis
- Asthma, Atemnot, erschwertes Atmen
- Schwellungen im Gesicht (Augenpartie/Lippen)
- Juckreiz an Lippen, Gaumen, Rachen

## 2. AKTUELLE UND VERGANGENE ERKRANKUNGEN

- Krupphusten
- Spastische Bronchitis
- Milchschorf
- Neurodermitis (atopisches Ekzem)
- Nesselsucht (Urtikaria)
- Kontaktexzem
- Nasendpolypen
- Kieferhöhlen-, Stirnhöhlenentzündungen (Sinusitis)
- Häufige Erkältungen
- Migräne, halbseitige Kopfschmerzen
- Magen/Darm-Probleme (Übelkeit/Erbrechen/Durchfall)

## 3. WANN TRETEN IHRE BESCHWERDEN AUF?

- Ganzjährig  Saisonal   
Wenn saisonal, welche Monate? \_\_\_\_\_
- Abhängig von der Tageszeit  ja  nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- Bei trockenem Wetter
- Bei feuchtem Wetter
- Häufiger und verstärkter während der Heizperiode
- Beim Staubsaugen oder starker Staubentwicklung
- Beim Bettenmachen
- Beim Rasenmähen
- Bei körperlichen Anstrengungen
- Bei Kontakt zu Tieren und/oder beim Reinigen von Tierkäfigen und -ställen  ja  nein  
Wenn ja, welche Tiere? \_\_\_\_\_
- Bei Kontakt mit intensiven Gerüchen, Dämpfen und Stäuben  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Bei bestimmten Tätigkeiten  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## 4. WO TRETEN IHRE BESCHWERDEN AUF?

- Treten Ihre Beschwerden an bestimmten Orten auf?  ja  nein  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

## 5. NAHRUNGSMITTEL

- Treten Beschwerden nach Genuss von Nahrungsmitteln auf?  ja  nein  
Wenn ja, welche Beschwerden bei welchen Nahrungsmitteln? \_\_\_\_\_

## 6. BIENE/WESPE

- Reagieren Sie empfindlich auf Insektenstiche (Biene/Wespe)?  ja  nein  
Wenn ja, welche Beschwerden? \_\_\_\_\_

## 7. ARZNEIMITTEL

- Reagieren Sie empfindlich auf Arzneimittel?  ja  nein  
Wenn ja, welche Beschwerden bei welchen Arzneimitteln? \_\_\_\_\_

## 8. VERWANDTE

- Bestehen Allergien bei Verwandten?  ja  nein  
Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

## 9. ALLERGIETEST

- Ist bei Ihnen bereits ein Allergietest durchgeführt worden?  ja  nein  
Wenn ja, wann und bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

Welche Allergien wurden festgestellt? \_\_\_\_\_

## 10. ALLERGIE-IMPfung (HYPOSENSIBILISIERUNG)

- Ist bei Ihnen bereits eine Allergie-Impfung durchgeführt worden?  ja  nein  
Wenn ja, bei welchem Arzt und mit welchem/n Allergen/en? \_\_\_\_\_

Wann und wie lange? \_\_\_\_\_

Wie wurde die Allergie-Impfung vertragen? \_\_\_\_\_

## 11. ARZNEIMITTEL-BEDARF

- Nehmen Sie regelmäßig Arzneimittel ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche und welche Dosierungen? \_\_\_\_\_