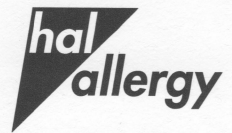


Allergie-Anamnese-Fragebogen für Patienten



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!