

ALLERGIE-FRAGEBOGEN

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

Beruf: _____



Dr. med. Semira Hein

Internistisch-Pneumologische Praxis

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen (X)

1. AKTUELLE BESCHWERDEN

- Heuschnupfen
- Verstopfte Nase
- Niesanfalle (mehr als 3x in Folge)
- Augentränen, Augenjucken
- Husten, Reizhusten
- Bronchitis
- Asthma, Atemnot, erschwertes Atmen
- Schwellungen im Gesicht (Augenpartie/Lippen)
- Juckreiz an Lippen, Gaumen, Rachen
- Hautausschlag/Nesselsucht

2. AKTUELLE UND VERGANGENE ERKRANKUNGEN

- Krupphusten
- Spastische Bronchitis
- Milchschorf
- Neurodermitis (atopisches Ekzem)
- Nesselsucht (Urtikaria)
- Kontaktekzem
- Nasenpolypen
- Kieferhöhlen-, Stirnhohlenentzundungen (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 Tierkafigen 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 ja nein
- auf? 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. VERWANDTSCHAFT

- Bestehen Allergien bei Verwandten? ja nein
- Wenn ja, bei wem? _____

9. ALLERGIE-TEST

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

Welche Allergien wurden festgestellt? _____

10. ALLERGIE-THERAPIE (HYPOSENSIBILISIERUNG)

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

Wann und wie lange? _____

Wie wurde die Allergie-Therapie vertragen? _____

11. ARZNEIMITTELBEDARF

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

12. SEIT WANN BESTEHEN IHRE BESCHWERDEN? (siehe Punkt 1)

Datum / Unterschrift Patient: _____