

# ALLERGIEFRAGEBOGEN



Die Ursache Ihrer Beschwerden könnte eine Allergie sein. Mit Hilfe der nachfolgenden Fragen wollen wir versuchen, dies zu klären. Bitte lesen Sie sich den Bogen in Ruhe durch und beantworten Sie möglichst alle Fragen genau. Sie helfen damit, eventuelle allergische Ursachen Ihrer Beschwerden zu entdecken.

## Patientenangaben

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

Datum, Ort: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

männlich       weiblich       divers

## Kommen in Ihrer Familie Allergien vor? z. B. Heuschnupfen, Tierallergien, Asthma oder allerg. Hauterkrankungen

Nein       Ja      Wer? \_\_\_\_\_

## Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Seit \_\_\_\_\_ Jahren

## Welche Beschwerden haben Sie genau?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> verstopfte Nase                             | <input type="checkbox"/> Augenrötung/Augenjucken | <input type="checkbox"/> Jucken/Schwellung im Mundraum |
| <input type="checkbox"/> laufende Nase                               | <input type="checkbox"/> Atemnot/Husten/Asthma   | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmbeschwerden        |
| <input type="checkbox"/> Niesen/Niesattacken                         | <input type="checkbox"/> allerg. Hautausschlag   | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme                |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit/<br>Konzentrationsprobleme | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____         |  |

## Falls Ihre Beschwerden saisonal auftreten: In welchen Monaten treten sie auf?

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

## Falls Ihre Beschwerden ganzjährig auftreten: Zu welcher Tageszeit treten sie auf?

morgens       tagsüber       abends       nachts

# ALLERGIEFRAGEBOGEN



## Was löst nach Ihrer Einschätzung die Symptome aus?

- Pollen       Hausstaubmilben       Tierhaare       Berufsbedingte Allergene (Mehl, Holz, Blumen)
- Schimmel       Nahrungsmittel (welche?) \_\_\_\_\_

## Wie sehr beeinträchtigen Sie die Beschwerden?

(0 = überhaupt nicht störend / 10 = unerträglich störend):

- 1     2     3     4     5     6     7     8     9     10

## Wo treten die Beschwerden auf?

- im Freien       in feuchten/trockenen Räumen (zutreffendes unterstreichen)       beim Saubermachen
- in Innenräumen       am Arbeitsplatz
- im Bett       Sonstige: \_\_\_\_\_

## Wurde bei Ihnen bereits eine Allergie-Diagnostik durchgeführt?

Hauttest (Datum, Ergebnisse, Wo?): \_\_\_\_\_

Blutuntersuchung (Datum, Ergebnisse, Wo?): \_\_\_\_\_

## Haben Sie bereits eine Allergie-Therapie erhalten oder selbst durchgeführt?

Antiallergische Medikamente: \_\_\_\_\_

Hyposensibilisierung (Allergie-Immuntherapie) (Datum, Was?): \_\_\_\_\_

## Falls Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, welche sind das?

- Betablocker       Asthma-Medikamente       Antidepressiva
- Immunsuppressiva       Medikamente zur Behandlung einer Parkinson-Erkrankung
- Sonstige: \_\_\_\_\_

## Falls Sie andere Erkrankungen haben, welche sind das?

- Herz-Kreislauf-Erkrankung       Autoimmunerkrankung       Nierenerkrankung
- Lungenerkrankung       Immundefekterkrankung       Tumorerkrankung (bösartige)
- chronische Infektion (HIV, Hepatitis C o.ä.)       chronisch entzündliche Erkrankung       Erkrankung des Zahnfleischs/der Mundschleimhaut
- Andere/nähere Angaben \_\_\_\_\_