Allergiefragebogen

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.

Wer füllt den Fragebogen aus?
☐ Patient selbst ☐ Eltern ☐ sonstige: 

Welche Beschwerden führen Sie zur Allergieuntersuchung?

________________________________________

________________________________________

In welchem Alter traten die Beschwerden zum ersten Mal auf?
Mit _______ Jahren

Hauptbeschwerden: ____________________________

________________________________________

________________________________________
Beruf/Hobbies des Patienten:
Arbeitsplatz: ____________________________________________
frühere Tätigkeit: ________________________________________
Hobbies: ________________________________________________

Welche Beschwerden bestehen oder bestanden früher und wann?

☐ Milchschorf
☐ Nesselfieber
☐ Hautquaddeln
☐ Gesichtsschwellungen
☐ Ekzeme
☐ Augentränen
☐ Augenjucken
☐ Bindehautentzündung
☐ Fließschnupfen
☐ Niesanfälle

☐ Neigung zu Erkältungsschnupfen
☐ Behinderte Nasenatmung
☐ Bronchitis mit/ohne Atemnot
☐ Atemnot
☐ Kurzatmigkeit
☐ Reizhusten
☐ Krupphusten
☐ Husten nur morgens/nachts
☐ Magen-Darm Beschwerden
☐ 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:
Treten die Beschwerden vorwiegend zu einer bestimmten Tageszeit auf?

☐ nein, die Beschwerden sind ständig vorhanden.
☐ nein, die Beschwerden treten zu unterschiedlichen Tageszeiten auf.
☐ Ja, vorwiegend:
☐ morgens  ☐ vormittags  ☐ nachmittags  ☐ nachts
☐ ab: ________________________________

Wie ist die Beschaffenheit zu Hause?

☐ Altbau  ☐ feuchtes Mauerwerk, Stockflecken
☐ Neubau  ☐ abgehängte Decken
☐ trockene Innenräume  ☐ Bad und WC mit/ohne Fenster
☐ (bitte durchstreichen)

Wie ist die Umgebung zu Hause?

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

An welchen Orten verstärken sich die Beschwerden?

☐ ortsunabhängig  ☐ Arbeitsplatz
☐ Wohnung/Haus (wo?)  ☐ Wiesen/Felder
☐ Keller/Dachboden  ☐ Wald
☐ Schule/Kindergarten  ☐ Tierstall/Zirkus/Zoo
☐ wo sonst? ________________________________

An welchen Orten verbessern sich die Beschwerden?

☐ Wohnung/Haus  ☐ Berge (Hochgebirge)
☐ Arbeitsplatz  ☐ Meer
☐ wo sonst? ________________________________
Besteht oder bestand Kontakt zu Tieren (z.B. zu Hause, bei Freunden/Verwandten)?

☐ Hund  ☐ Pferd  ☐ Goldhamster
☐ Katze  ☐ Taube  ☐ Wellensittich
☐ Kaninchen  ☐ Meerschweinchen

☐ andere Tiere (welche?): ________________________
☐ wo und bis wann?: ________________________

Wie ist die Beschaffenheit Ihrer Matratze?

☐ Rosshaar  ☐ Latex  ☐ Kapok
☐ Federkern  ☐ Schaumstoff  ☐ andere: _______

Woraus ist Ihre Bettdecke?

☐ Federn  ☐ Wolle  ☐ Kunstfaser
☐ Daunen  ☐ Seide  ☐ andere: _______

Woraus ist Ihr Kopfkissen?

☐ Federn  ☐ Schaumstoff  ☐ Kunstfaser
☐ Daunen

Benutzen Sie allergendichte Bettüberzüge?

☐ Ja  ☐ Nein

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  ☐ was sonst?: ________________________
Besteht gegen bestimmte Nahrungsmittel starke Abneigung oder Unverträglichkeit?

☐ Äpfel ☐ Apfelsinen/Zitronen ☐ Eier
☐ Erbsen, Linsen, Bohnen ☐ Erdbeeren ☐ Erdnüsse
☐ Gewürze ☐ Honig ☐ Käse
☐ Milch ☐ Nüsse ☐ Pfirsiche
☐ Schokolade ☐ Sellerie ☐ Soja
☐ Tomaten ☐ Weizen
☐ sonstige: __________________________

Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

☐ Asthma ☐ Lippen-/Rachenschwellung ☐ Bauchschmerzen
☐ Schnupfen ☐ Durchfall ☐ Migräne
☐ Nesselsucht ☐ Übelkeit ☐ Erbrechen
☐ Verstärktes Ekzem ☐ andere: __________________________

Bestehen Überempfindlichkeiten gegen Medikamente?

☐ Penicillin ☐ Fiebermittel ☐ Beruhigungsmittel
☐ Pflaster ☐ andere Medikamente: __________________________

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

Ja, es traten folgende Reaktionen auf:

☐ Starke Schwellung ☐ Hautquaddeln
☐ Atemnot ☐ Schwächeanfall
☐ Sonstiges: __________________________

Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt?

☐ Ja (Jahr: __________ Arzt/Klinik: __________________________

Folgende Allergien wurden festgestellt:

☐ Pollen ☐ Nahrungsmittel ☐ Insektengift
☐ Hausstaubmilben ☐ andere: __________________________
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 ☐ Dosier-Aerosol

☐ Hautsalben ☐ Inhaliergerät ☐ Schnupfenmittel

☐ 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 bestimmte Dinge abgeschafft?

Ja, folgende Dinge wurden abgeschafft:

☐ Federbetten, Federkissen, Matratzen ☐ Teppiche

☐ Haustiere (welche?: ______________) ☐ Tierfelle, Pelzmäntel

☐ Sonstiges: ______________

Wurden Ihre Beschwerden dadurch verbessert

☐ Ja ☐ Nein

Vielen Dank!