

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 _____ Monaten / _____ Jahren (zutreffendes unterstreichen)

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"/> rinnende 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/
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 (Allergen-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 _____