



# Patienten-Fragebogen Allergie

Bitte ankreuzen oder ergänzen.

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

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

1. Sind bereits Allergien bekannt?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und wie diagnostiziert: \_\_\_\_\_  Hauttest  Bluttest  Provokation

Ergebnis:  keine Allergie Allergie gegen \_\_\_\_\_

Behandlung \_\_\_\_\_ mit Erfolg? \_\_\_\_\_

2. Welche Allergien sind in der Familie bekannt?

Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_ Verwandte: \_\_\_\_\_

3. Haben Sie folgende Beschwerden?

**Gegenwärtige Beschwerden (Hauptbeschwerden unterstreichen):**

<input type="checkbox"/> Augenentzündung seit _____	<input type="checkbox"/> Niesanfälle seit _____	<input type="checkbox"/> Schnupfen seit _____
<input type="checkbox"/> Reizhusten seit _____	<input type="checkbox"/> Bronchitis seit _____	<input type="checkbox"/> Asthma-Anfälle: _____ mal / Jahr seit _____
<input type="checkbox"/> Ekzeme seit _____	<input type="checkbox"/> Nesselsucht / Ausschlag seit _____	<input type="checkbox"/> Schwellungen (z. B. Augen, Lippen, Zunge) seit _____
<input type="checkbox"/> Magen-Darmbeschwerden (z. B. Durchfall) seit _____	Bemerkungen: _____	

**Wann treten die Beschwerden auf?**

<input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> ganzjährig gleich	<input type="checkbox"/> ganzjährig mit jahreszeitlicher Verschlechterung	
<input type="checkbox"/> überwiegend in bestimmten Monaten (bitte Monat(e) ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Januar	<input type="checkbox"/> Februar	<input type="checkbox"/> März	<input type="checkbox"/> April
<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> Juni	<input type="checkbox"/> Juli	<input type="checkbox"/> August
<input type="checkbox"/> September	<input type="checkbox"/> Oktober	<input type="checkbox"/> November	<input type="checkbox"/> Dezember

**Begünstigende bzw. auslösende Umstände**

Fieber:	Wetter:	Ort:	nach Kontakt mit:
<input type="checkbox"/> häufig mit Fieber	<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> Wiese / Feld	<input type="checkbox"/> Tieren: _____
<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> Wald	<input type="checkbox"/> Kosmetika: _____
<input type="checkbox"/> nie mit Fieber	<input type="checkbox"/> kalt	<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Medikamenten: _____
	<input type="checkbox"/> windig	<input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
	<input type="checkbox"/> neblig	<input type="checkbox"/> im Keller	

### Haben sich Beschwerden geändert?

Im Urlaub:	Nach Wohnungswechsel:	Am Arbeitsplatz:	Bei Besuch:
<input type="checkbox"/> schlechter	<input type="checkbox"/> schlechter	<input type="checkbox"/> schlechter	<input type="checkbox"/> Großeltern
<input type="checkbox"/> besser	<input type="checkbox"/> besser	<input type="checkbox"/> besser	<input type="checkbox"/> Verwandte

#### 4. Werden Beschwerden durch Nahrungsmittel ausgelöst und wenn ja, welche?

##### Besteht eine Abneigung gegen oder Unverträglichkeit nach Genuss folgender Nahrungsmittel?

<input type="checkbox"/> Milch	<input type="checkbox"/> Käse	<input type="checkbox"/> Erdbeeren	<input type="checkbox"/> Apfelsinen und Zitronen
<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Nüsse	<input type="checkbox"/> Pfirsich	<input type="checkbox"/> Hülsenfrüchte (z. B. Erdnüsse)
<input type="checkbox"/> Fisch	<input type="checkbox"/> Tomaten	<input type="checkbox"/> Äpfel	<input type="checkbox"/> andere Nahrungsmittel
andere? _____			

##### Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> örtliche Schwellungen
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Ausschlag	<input type="checkbox"/> Fließschnupfen	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> Unwohlsein			

Vielen Dank.