



**Allergologie**

**Anamnese-Fragebogen zu allergischen Erkrankungen**

Dieser Fragebogen dient der Abklärung einer möglichen allergischen Erkrankung. Wir bitten Sie diesen in Ruhe durchzulesen und vollständig zu beantworten.

Name Vorname

Geb.Datum

Datum heute

**Leiden oder litten Sie schon mal an folgenden Erkrankungen?**

(Mehrfachnennung möglich)

- Augenjucken/-brennen/-tränen
- Nase verstopft, Dauerschnupfen
- Heuschnupfen
- Hautausschlag, Juckreiz, Ekzem, Nesselsucht
- häufiger Husten
- Raucher seit \_\_\_\_\_ Jahren \_\_\_\_\_ Zig/Tag
- Insektengiftallergie
- Tierhaarallergie
- Atemnot oder Asthma an den meisten Tagen und Nächten des Jahres
- Atemnot- oder Asthmaanfälle mehr als einmal pro Woche tagsüber oder in mehr als zwei Nächten pro Monat
- Atemnot- oder Asthmaanfälle höchstens einmal in der Woche tagsüber oder in höchstens zwei Nächten pro Monat
- Atemnot nur bei körperlicher Belastung
- Bauchschmerzen
- Blähungen
- Durchfall
- abhängig von Nahrungsaufnahme

**Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht?**

**Welche Medikamente vertragen Sie nicht?**

**Sind bei Blutsverwandten eine der obigen Erkrankungen bekannt?**

- nein       ja      Welche? \_\_\_\_\_ Bei wem? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an weiteren Erkrankungen?**

- nein       ja      Welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente ein?**

- nein       ja      Medikamentenliste vorhanden?       nein       ja (bitte vorlegen)

Welche? \_\_\_\_\_

**Wie lange, wo und wann haben Sie obige Beschwerden?**

- im Freien       zu bestimmten Jahreszeiten       ganzjährig und verstärkt zu bestimmten Jahreszeiten (bitte ankreuzen)

| Jan                      | Febr                     | März                     | April                    | Mai                      | Juni                     | Juli                     | Aug.                     | Sept.                    | Okt.                     | Nov.                     | Dez.                     |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |

- ganzjährig       Im Bett       in Innenräumen (Wohnung, Büro,...)

Ich wohne im       Altbau       Neubau       in der Stadt       auf dem Land

In der Wohnung habe ich       Teppichboden       Polstermöbel       viel Stoff       viele Zimmerpflanzen

Luftbefeuchter       Vernebler       Haustier       Zimmerbrunnen

- bei bestimmten Tätigkeiten (Arbeit, Hausarbeit, ...)?

- Haben Sie Kontakt zu Tieren – falls ja – welche?

- Verschlimmern sich Ihre Beschwerden bei Kontakt zu Tieren – falls ja – zu welchen?



**Allergologie**

**Anamnese-Fragebogen zu allergischen Erkrankungen**

---

Wie lange haben Sie schon Beschwerden?

---

**Wurde bei Ihnen schon mal ein Allergietest durchgeführt?**

nein       ja      Wann?      Bei wem?

Ergebnis

---

**Haben Sie einen Allergiepaß?**     nein       ja **(bitte legen Sie diesen an die Anmeldung und legen ihn im Zimmer nochmals vor)**

**Wurden Sie bisher behandelt?**

| Wurden Sie bisher behandelt?  |                             |   | Name  | Besserung   |
|-------------------------------|-----------------------------|---|-------|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Antiallergika        | _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Spritze              | _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Tropfen              | _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Hyposensibilisierung | _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Wie lange haben Sie es durchgeführt?

Haben Sie es gut vertragen?     ja       nein      Welche Beschwerden hatten Sie?

Hat es Ihnen geholfen       nein     ja      Wie lange hat die Wirkung angehalten?

---