

Allergie - Fragebogen:

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Bitte kreuzen Sie das entsprechende Kästchen so an: **X**, ggf. bitte ergänzende Bemerkungen am Rand eintragen!

A. I. Datum: / Wer füllt den Fragebogen aus?

Patient selbst / Mutter / Vater / Sonstiger (wer?).....

II. Welche Beschwerden sind der Grund für den Arztbesuch? (Bitte sämtliche Beschwerden angeben!)....:

.....

III. Welches sind die Hauptbeschwerden?.....:

.....

IV. In welchem Alter sind die ersten Beschwerden aufgetreten?.....:

.....

V. Beruf (alle früheren und jetzigen Tätigkeiten bitte auflühren).....:

.....

B. Bestehen oder bestanden früher folgende Krankheitserscheinungen?

- Spastische Bronchitis als Kind.....seit / vonbis.....
- Krupphusten als Kind.....
- Milchschorf / Säuglingsekzem.....
- Asthma, Atemnot, erschwertes Atmen.....
- Husten, Bronchitis, Reizhusten.....
- Heuschnupfen, häufiger Schnupfen.....
- Niesanfalle (mehr als 5 x hintereinander.....
- behinderte Nasenatmung, Stockschnupfen.....
- Kieferhöhlen- / Stirnhöhlenentzündung.....
- Nasenpolypen.....
- Augentränen, Augenjucken.....
- Schwellung von Augenpartien, Augenlidern.....
- Hautquaddeln, Urticaria, Nesselausschlag.....
- Schwellung, Juckreiz von Lippen, Gaumen, Rachen.....
- Neurodermitis, atopisches Ekzem / Dermatitis.....
- Kontaktekzeme.....
- Schmuck-Ekzeme / Metall-Unverträglichkeit.....
- Migräne, Halbseitiger Kopfschmerz.....
- Magen-Darm-Beschwerden, Durchfallsneigung.....
- Häufige fieberhafte Erkältungskrankheiten.....

C. Leidet oder litt ein Verwandter an Atemwegs- oder Hautbeschwerden?

Nein, nicht bekannt. / Ja, ich weiß von folgender Erkrankung bei dem angegebenen Verwandten:

Bitte erkrankten Verwandten ankreuzen	Bitte Art der Beschwerden angeben			
	Asthma/Bronchitis	Heuschnupfen	Hauterkr.	Sonstiges
<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Sohn/Söhne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Tochter/Töchter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Bruder/Brüder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Schwester(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Großvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Onkel / Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Andere Verwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

D. Wie sind Wohnung und Arbeitsplatz beschaffen?

- Altbau Neubau /// Umgebung ländlich? / städtisch? Klima-Anlage? Sonstige Beobachtungen?

E. Wann treten die Hauptbeschwerden auf?

- Die Beschwerden sind als **Dauerbeschwerden** während des ganzen Jahres vorhanden.
 Die Beschwerden treten **in unregelmäßigen Abständen während des ganzen Jahres** auf. - Wie oft?
 Die Beschwerden treten zwar **während des ganzen Jahres** auf, sind aber **in bestimmten Monaten regelmäßig schlimmer**.
 Die Beschwerden treten **ausschließlich in bestimmten Monaten** auf.

F. In welchen Monaten treten die Beschwerden regelmäßig auf?.....
In welchen Monaten sind die Beschwerden am schlimmsten?.....

G. Treten die Beschwerden vorwiegend zu einer bestimmten Tageszeit auf?

- Nein, die Beschwerden sind ständig vorhanden.
 Nein, die Beschwerden können zu jeder Tageszeit auftreten.
 Ja, besonders starke Beschwerden bestehen oft zu folgenden Tageszeiten:
 Morgens nach dem Aufstehen / Nach Beginn der Berufstätigkeit / Nach Feierabend, abends /
 Nachts - von . . . bis . . . Uhr

H. Treten die Beschwerden vorwiegend an bestimmten Orten auf?

- Nein die Beschwerden sind ortsunabhängig. Am Arbeitsplatz (welche Tätigkeit)
 Ja, besonders starke Beschwerden treten an folgenden Orten auf: Bei Tierkontakt (Stall, Zoo, Zirkus usw. - Ort?)
 In der Wohnung (welche Räume?) Im Freien (Wiesen, Felder usw. - Ort?)
 Sonstige Beobachtungen

I. Treten die Beschwerden vorwiegend bei bestimmten Tätigkeiten auf?

- Nein, die Beschwerden sind nicht unmittelbar mit einer bestimmten Tätigkeit verbunden. ches Tier?
 Ja, die Beschwerden treten vor allem bei folgenden Tätigkeiten auf: Berufstätigkeit (welche Tätigkeit?)
 Hausarbeiten, Bettenmachen, Teppichkehren, Staubsaugen, Bücher-Abstauben usw. Bei anderen Hobbies - Welches?
 Umgang mit Tieren (Haustiere, Reiten, Jagd, Beruf etc. - Wel- Bei körperlichen Anstrengungen
 Bestehen **besondere Hautbelastungen** oder sind Sie besonderer **Staubentwicklung / Hautreizungen / Allergiestoffen** ausgesetzt? Halten Sie einen **Zusammenhang Ihres Leidens mit der Berufstätigkeit** für möglich oder wahrscheinlich -- inwiefern?
Auf **welche Belastungen und Ursachen** führen Sie selbst Ihr Leiden zurück?
 Mit welchen **Stoffen / Substanzen** besteht (berufl. od. privat) **Haut- /Schleimhautkontakt?**
 Beim Rasenmähen
 Bei anderen Tätigkeiten - Welche?

J. Treten die Beschwerden bei intensivem Geruch, Dämpfen oder anderen Atemwegsreizen auf?

- Nein Haar-, Körper-, Farbspray
 Ja, die Beschwerden werden durch folgende Reize ausgelöst: Desinfektionsmittel
 Hausstaub Kälte, rascher Temperaturwechsel
 Mehlstaub Nebel, Feuchtigkeit
 Dresch-/Stroh-/Heustaub Lagewechsel
 Bau-Zementstaub Sonstige Reize?
 Waschmittelstaub

K. Bestehen oder bestanden Kontakte zu Tieren, z.B. in der Wohnung, bei Freunden, bei Verwandten, im Beruf? Wurden früher in der Wohnung Tiere gehalten?

L. Sind bei Tierkontakten Beschwerden aufgetreten?

- Nein, nicht aufgefallen.
 Nein; Tierkontakt besteht weder heute noch in früheren Jahren. Tiere wurden nicht gehalten.
 Ja, zu folgenden Tieren bestehen oder bestanden Kontakte: Ratte Schwein
 Maus Hühner
 Aquarium Wellensittich
 Hund Kaninchen Kanarienvogel
 Katze Hase/Zwergchase Taube
 Pferd Rind Sonstige Tierkontakte?
 Meerschweinchen Schaf

Aufgetretene Beschwerden:.....

M. Besteht zeitweilig eine völlige oder weitgehende Beschwerdefreiheit?

Nein, es besteht nie Beschwerdefreiheit oder deutliche Besserung.

- Ja, besonders gut geht es mir bei folgenden Gelegenheiten:
 An der See
 Im Hochgebirge

- Bei Regen, Feuchtigkeit
 Im Urlaub
 An Wochenenden
 Im Sommer
 Im Winter
 Sonstige Beobachtungen:

N. Bestehen bei Nahrungsmitteln Abneigung (A) / Unverträglichkeit (U) / Heißhunger/Gelüste (H) ? Bitte A, U oder H ankreuzen!

- | | | | | | |
|-----------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Fisch | A - U - H | <input type="checkbox"/> Pfirsich | A - U - H | <input type="checkbox"/> Erbsen, Bohnen | A - U - H |
| <input type="checkbox"/> Muscheln, Krabben | A - U - H | <input type="checkbox"/> Hasel- Walnuß | A - U - H | <input type="checkbox"/> Kartoffeln | A - U - H |
| <input type="checkbox"/> Ei | A - U - H | <input type="checkbox"/> Sellerie | A - U - H | <input type="checkbox"/> Zitronen, Orangen | A - U - H |
| <input type="checkbox"/> Milch | A - U - H | <input type="checkbox"/> Kräuter, Gewürze | A - U - H | <input type="checkbox"/> Andere | A - U - H |
| <input type="checkbox"/> Käse, Joghurt, Quark | A - U - H | <input type="checkbox"/> Wein, Sekt | A - U - H | | |
| <input type="checkbox"/> Apfel | A - U - H | <input type="checkbox"/> Fruchtsäfte | A - U - H | | |

O. Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

- | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keine Beschwerden | <input type="checkbox"/> Gaumen-, Ohrenjucken |
| <input type="checkbox"/> Asthma, Atembeklemmungen | <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen, Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Wäßriger Schnupfen, Niesen | <input type="checkbox"/> Heftiger Kopfschmerz, Migräne |
| <input type="checkbox"/> Lippen-, Rachenschwellung | <input type="checkbox"/> Ekzem-Verschlimmerung |
| | <input type="checkbox"/> Nesselsucht, Urticaria, Hautjucken |

P. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente?

- Nein
- Ja, eine Überempfindlichkeit ist aufgefallen gegen:.....
- Penicillin
- andere Antibiotika - welche?.....
- Schmerz-, Grippemittel - welche?.....
- Kontrastmittelunverträglichkeit
- Jod
- Örtliche Betäubungsmittel
- Andere Medikamente? Welche?.....

Q. Bestehen (weitere) Hautallergien?

- Nein
- Ja, es kommt bei Kontakt mit folgenden Stoffen zu Hautjucken, Ekzemen oder Quaddeln:
- Schmuck, Metall
- Heftpflaster
- Berufsstoffe - Welche?.....
- Sonstige - Welche?.....

R. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche (Biene / Wespe)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Ja, es sind nach dem Stich einer folgende Reaktionen aufgetreten: | <input type="checkbox"/> Schwächeanfall |
| <input type="checkbox"/> Starke Schwellung (mehr als 5 cm Durchmesser) | <input type="checkbox"/> Bewußtlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Hautquaddeln am ganzen Körper | |

S. Ist bisher ein Allergietest durchgeführt worden? Testergebnis? (Bitte Kopie des Tests mitbringen)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Elektroakupunktur |
| <input type="checkbox"/> Ja: Im Jahr / Arzt - Klinik: | <input type="checkbox"/> Kinesiologietest |
| <input type="checkbox"/> Getestet wurde mit Prick-Test (Piksen) | <input type="checkbox"/> Bioresonanztest |
| <input type="checkbox"/> Intrakutantest (Einspritzen in die Haut) | <input type="checkbox"/> RAC-Pulsreflextest |
| <input type="checkbox"/> Epikutantest (Pflaster aufgeklebt) | <input type="checkbox"/> Das Testergebnis ist mir nicht bekannt |
| <input type="checkbox"/> Reibetest | <input type="checkbox"/> Bei der Testung fanden sich keine Hinweise für eine Allergie |
- Folgende Allergien wurden festgestellt**
- | | | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Schimmelpilze | <input type="checkbox"/> Kontaktallergien? |
| <input type="checkbox"/> Hausstaub /-milben | <input type="checkbox"/> Tierhaare - Welche? | <input type="checkbox"/> Andere Allergien (Welche)? |

T. Ist eine Hyposensibilisierung durchgeführt worden?

- Nein
- Ja - Von bis bzw. wie viele Jahre lang?
- Mit gutem Erfolg
- | |
|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ohne wesentlichen Erfolg |
| <input type="checkbox"/> Mit starken Nebenwirkungen |
| <input type="checkbox"/> Mit Abbruch der Behandlung / warum? |

U. Wurden bereits bestimmte Dinge abgeschafft? Wurde eine Wohnungs-Sanierung durchgeführt?

- Nein
- Ja, folgende Dinge wurden abgeschafft:
 - Federbetten, Federkissen, Matratzen
 - Haustier, welches?
- Sonstige Maßnahmen, welche?
 - Mit Erfolg?
 - Ohne Erfolg?

V. Sind bereits Operationen wegen der Erkrankung durchgeführt worden?

- Nein
- Ja, folgende Operationen sind durchgeführt worden - wann?
 - Nasenpolypen
 - Rachenmandeln
 - Gaumenmandeln (Tonsillektomie)
 - Nasennebenhöhlen, Kieferhöhlen
 - Nasenscheidewand, Nasenmuscheln
 - Sonstige Operationen

W. Welche sonstigen Maßnahmen wurden schon wegen der Erkrankung durchgeführt?

Welche Ärzte / Heilpraktiker / Heiler wurden aufgesucht?

- Hausarzt?
- Hautarzt?
- Hals-Nasen-Ohrenarzt?
- Kinderarzt?
- Internist?
- Lungenfacharzt?
- Psychotherapeut?
- Psychologe?
- Heilpraktiker?
- Homöopathischer Arzt?
- Sonstiger Heiler?
- Kur- / Spezialklinik (welche?)
- Krankenhaus stationär?
- Krankenhaus ambulant?
- Sonstige Ärzte, Kliniken:

Welche Behandlungsverfahren sind sonst noch durchgeführt worden?

- Akupunktur
- Psychotherapie, welche?
- Autogenes Training
- Heilhypnosebehandlung
- Geistige Heilweisen?
- Atemtherapie, Atemschule
- Spezialdiät?
- Heilfasten?
- Homöopathische Behandlung
- Andere Behandlungen, welche?
- Welche Behandlung hat gut geholfen?
- Welche Behandlung hat keinen Erfolg gehabt?

X. Haben Sie Auswurf beim Husten?

- Nein
- Ja
 - Ganzjährig
 - Einige Wochen im Jahr
 - Nur selten
 - Sehr wenig
 - Reichlich
 - Sehr viel
 - Weißlich, zäh
 - Gelblich, grünlich
 - Blutig, bräunlich

Y. Wird geraucht?

- Nein, noch nie
- Nein, nicht mehr seit Jahren
- Früher: was bzw. wieviel pro Tag?
- Ja, ich rauche, was wieviel pro Tag, seit Jahren.
- Ja, ein anderes Mitglied des Haushaltes raucht.

Z. Welche Medikamente werden oder wurden eingenommen/angewandt?

Bitte sämtliche Mittel angeben!

- Keine Medikamente
- Folgende Medikamente
- Präparat / Name.....Dosis (Hübe,Tabletten,Tropfen/Tag).....seit welcher Zeit?
-
-
-
-

- Evtl. Cremes und Salben?
- Präparat / Name.....Dosis (Anwendungshäufigkeit pro Tag).....seit welcher Zeit?
-
-
-

Weitere Eintragungen (ggf. bitte gesondertes Blatt beilegen):