

Allergie-Fragebogen

f ü r P a t i e n t e n



Ein Service von



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.

Name, Vorname des Patienten:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Wer füllt den Fragebogen aus?

☐ Patient selbst ☐ Eltern ☐ Sonstige: _____

Welche Beschwerden führen zur Allergieuntersuchung?

In welchem Alter traten sie zum ersten Mal auf?

Mit _____ Jahren

Hauptbeschwerden:

Beruf des Patienten: _____

Arbeitsplatz: _____

Hobbys: _____

frühere Tätigkeit: _____

Welche Beschwerden bestehen oder bestanden früher und wann?

- | | |
|---|---|
| ☐ Milchschorf | ☐ Neigung zu Erkältungsschnupfen |
| ☐ Nesselfieber | ☐ Verhinderte Nasenatmung |
| ☐ Hautquaddeln | ☐ Bronchitis mit/ohne Atemnot |
| ☐ Gesichtsschwellungen | ☐ Atemnot |
| ☐ Ekzeme | ☐ Kurzatmigkeit |
| ☐ Augentränen | ☐ Reizhusten |
| ☐ Augenjucken | ☐ Krupphusten |
| ☐ Bindehautentzündung | ☐ Husten nur morgens/nachts |
| ☐ Fließschnupfen | ☐ Magen-Darm Beschwerden |
| ☐ Niesanfälle | ☐ 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:

☐ Jan	☐ Feb	☐ März	☐ April	☐ Mai	☐ Juni
☐ Juli	☐ Aug	☐ Sep	☐ Okt	☐ Nov	☐ Dez

Treten die Beschwerden vorwiegend zu einer bestimmten Tageszeit auf?

- ☐ Nein, die Beschwerden sind ständig vorhanden.
- ☐ Nein, die Beschwerden treten zu unterschiedlichsten Tageszeiten auf.
- ☐ Ja, vorwiegend:
- ☐ morgens ☐ vormittags ☐ nachmittags ☐ nachts ab: _____

Wie ist die Beschaffenheit der Wohnung?

- ☐ Altbau ☐ feuchtes Mauerwerk, Stockflecken
- ☐ Neubau ☐ abgehängte Decken
- ☐ trocken ☐ ☐ Bad und WC mit/ohne Fenster

Wie ist die Umgebung der Wohnung?

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

An welchen Orten verstärken sich die Beschwerden?

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

An welchen Orten verbessern sich die Beschwerden?

- ☐ Wohnung ☐ Berge (Hochgebirge)
- ☐ Arbeitsplatz ☐ Meer

Besteht oder bestand Kontakt zu Tieren (z.B. in der Wohnung, bei Freunden)?

- ☐ 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

Woraus ist Ihr Kopfkissen?

- ☐ Federn ☐ Schaumstoff ☐ Kunstfaser

Benutzen Sie allergendichte Bettüberzüge?

- ☐ Ja ☐ Nein

Welcher Bodenbelag liegt in Ihrer Wohnung?

- ☐ Teppich ☐ glatter Bodenbelag (Linoleum / Laminat / Parkett)

Verursachen / verstärken 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?

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| ☐ Eier | ☐ Milch | ☐ Käse |
| ☐ Quark | ☐ Apfel | ☐ Pfirsiche |
| ☐ Erdbeeren | ☐ Apfelsinen/Zitronen | ☐ Tomaten |
| ☐ Spinat | ☐ Erbsen, Linsen, Bohnen | ☐ Nüsse |
| ☐ Schokolade | ☐ Honig | |
| ☐ sonstige: _____ | | |

Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

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

Bestehen Überempfindlichkeiten gegen Medikamente?

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| ☐ Penicillin | ☐ Fiebermittel | ☐ Beruhigungsmittel |
| ☐ andere Medikamente: _____ | | ☐ Pflaster |

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

Ja, es traten folgende Reaktionen auf:

- | | |
|--|---|
| ☐ starke Schwellung | ☐ Hautquaddeln |
| ☐ Atemnot | ☐ Schwächeanfall |

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 | ☐ Hautsalben |
| ☐ Dosier-Aerosol | ☐ Schnupfenmittel | ☐ Inhaliergerät |
| ☐ 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 bereits bestimmte Dinge abgeschafft?

Ja, folgende Dinge wurden abgeschafft:

- | | |
|--|--|
| ☐ Federbetten, Federkissen, Matratzen | ☐ Teppiche |
| ☐ Haustiere (welche? _____) | ☐ Tierfelle, Pelzmäntel |
| ☐ sonstiges: _____ | |

Wurden Ihre Beschwerden dadurch verbessert:

- ☐ Ja
- ☐ Nein