

ALLERGIE-FRAGEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Die Ursache Ihrer derzeitigen 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 von sich aus, eventuelle allergische Ursachen Ihrer Beschwerden zu entdecken.

Nachname:*

Vorname:*

Geburtsdatum:*

E-Mail: *

Anschrift (Straße / PLZ / Wohnort):*

Telefon (beruflich/pri at):*

Beruf:

1. Beschwerden:

Wann haben Ihre derzeitigen Beschwerden begonnen und wie äußern sie sich? Als:

Dauerschnupfen	Niesanfälle	verstopfte Nase
Augenrötung	mit Tränenflu	
Husten	Bronchitis	Atembeschwerden
Atemnot	Asthma	Atemnot bei Anstrengung
Schwellungen im Gesicht (<i>Augenpartie/Lippen</i>)		Juckreiz im Mund und Rachen
Hautjucken	Nesselsucht	Hautausschläge
Magen-/Darmstörungen (Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle, krampfartige Schmerzen)		

seit wann zeitweise dauernd nein

2. Wann und wo treten Ihre Beschwerden auf:

Wann haben Ihre derzeitigen Beschwerden begonnen und wie äußern sie sich? Als:

Das ganze Jahr hindurch unabhängig von der Jahreszeit?

Zu bestimmten Jahreszeiten (welche)?

Unabhängig von der Tageszeit?

Zu bestimmten Tageszeiten (welche)?

In welchen Räumen?

Am Arbeitsplatz besser oder schlechter?

ja nein

ja nein

Fortsetzung zu 2.

In Räumen mit Klimaanlage schlechter?

Bei Freunden, Verwandten schlechter?

Beim Bettenmachen schlechter?

Bei starker Staubentwicklung schlechter?

Mit Beginn der Heizperiode schlechter?

Beim Rasenmähen schlechter?

Auf Wiesen oder Getreidefeldern schlechter?

In der Nähe von Heu oder Stroh schlechter?

Bei trockenem Wetter schlechter?

Bei feuchtem Wetter schlechter?

Beim Reinigen von Tierkäfigen/Ställen schlechter

Wird in Ihrer Wohnung/am Arbeitsplatz geraucht?

Beim Tragen von bestimmten Kleidungsstücken schlechter?

Pelz Wolle Kunstfaser Baumwolle Haushaltshandschuhe

Durch scharfe Gerüche Sprays Rauch

Rauchen Sie? Seit/bis wann?

3. Ist Ihnen bekannt, ob bei Ihren Blutsverwandten folgende Beschwerden aufgetreten sind:

wenn ja, Migräne Nahrungsmittelunverträglichkeiten	Heuschnupfen Nesselfieber	häufige Bindehautentzündungen oder Husten chron. Magen-/Dannbeschwerden Arzneimittelüberempfindlich eiten?	Asthma Ekzem
Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern

4. Haben Sie bisher unter folgenden Erkrankungen gelitten:

seit wann zeitweise dauernd nein

Häufigen Erkältungen

Halsentzündungen

Kiefer- und Stirnhöhlenvereiterung

operiert: ja nein

Nasenpolypen

operiert: ja nein

Hauterkrankungen wie Milchschorf

Nesselfiber

Ek em

Bronchitis

Lungenentzündung

Rippenfellentzündung

Asthma

Kopfschmerzen

Migräne

Schwindelzustände

Kreislaufbeschwerden

Wurmerkrankungen

Welche?

Ist bereits eine Arzneimittelallergie (Unverträglichkeit) festgestellt worden?
(z.B. Penicillin, Schmerzmittel)

Welche Beschwerden traten in diesem Zusammenhang auf?

Welche Medikamente nehmen Sie laufend ein?

5. Besitzen Sie Haustiere oder zu welchen Tieren haben Sie ständig Kontakt?

Hund

Wellensittich

Rind

Zierfisch

Katze

Kanarienvogel

Pferd

Maus

Meerschweinchen

Papagei

Schaf

Ratte

Goldhamster

Tauben

Ziege

Chinchilla (Heimzucht)

Kaninchen

Geflüge

Schwein

Exotische Katzen

6. Persönliches Milieu:

In der Großstadt	Vorort oder Kleinstadt	Auf dem Lande	Im Industriegebiet
Im Altbau	Im Neubau	im Bauerhaus	
Ist Ihre Wohnung:	feucht	sonnig/trocken	
Beobachten Sie in der Wohnung/ Haus Stockflecken?		nein	ja
	wenn ja, wo:		
Haben Sie in der Wohnung viele Zimmerpflanzen?		nein	ja
	wenn ja, wo:		
Haben Sie viele:	Teppiche	Felle	Teppichböden

Schlafzimmer:

Ist Ihre Matratze aus:	Roßhaar	Kapok	Seegras
	Schaumstoff	Sonstiges:	
Ist Ihre Bettdecke aus:	Federn	Daunen	Kunstfaser
	Seide	Wolle	
Ist Ihr Kissen aus:	Federn	Schaumstoff	Kunstfasern
Nutzen Sie Ihr Schlafzimmer auch tagsüber?		ja	nein
Haben Sie besondere Hobbies?		Tierzucht	Imkerei
Reiten	Heimwerken	sonstige:	

Welchen Beruf üben Sie aus und seit wann?

Weiche Tätigkeiten haben Sie früher ausgeübt?

7. Verstärken sich Ihre Beschwerden nach dem Genuß von:

Säften	Nüssen	Äpfeln	Kirschen	Bananen	Ananas	Pfirsiche	Erdbeeren
Kartoffeln	Tomaten	Zwiebeln	Kohlarten	Sellerie	Karotten	Paprika	Erbsen
Bohnen	Linsen	mayonnaise	Weizengebäck	Honig	Milch	Schokolade	Kakao
Käse	Brot	Ketchup	Gewürze	Bier	Weißwein	Sekt	Rotwein
Tonicwasser	Konservenkost	Dosenfleisch	Fertiggericht	Knoblauch	Roggenmehl	Weizenmehl	Kräutertees
Marzipan	Fisch	Muscheln	Pizza	Nougat	Fleisch	Wurst	Soja
andere Körner	Schalentiere	Pistazien	andere Lebensmittel:				

Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt?

nein

ja

Wann:

Wo:

Ergebnis:

Wurde bereits eine Hyposensibilisierung durchgeführt?

nein

ja

Wann:

Wie lange:

Wo, bzw. von wem:

Welches Präperat:

Welche Flasche:

Welche Allergien

Wie vertragen:

Bemerkungen:

Frankfurt am Main, den *

Optional: Digitale Unterschrift Patient/in:

Tag

Monat

Jahr

und/oder