

Allergie – Fragebogen für Patienten

Bitte lesen Sie diesen Fragebogen durch und beantworten Sie die Fragen durch Ankreuzen bzw. Ausfüllen.

Bestehen oder bestanden folgende Krankheitserscheinungen?

- Nesselsucht, Quaddeln und Rötungen der Haut, Juckreiz der Lippen, der Augen, im Rachen etc. Ja Nein
Schwellungen der Augenlider, Augenpartie, im Mundbereich, der Gelenke Ja Nein
Häufiger Husten, Reizhusten, Bronchitis, spastische Bronchitis Ja Nein
Pfeifen und Röcheln in den Bronchien, Atembeklemmung, Atemnot, Asthma Ja Nein
Häufiger Schnupfen, verstopfte Nase, Heuschnupfen, Niesanfälle, Augentränen, lichtscheu Ja Nein
Häufige Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall Ja Nein

Treten die Beschwerden zu bestimmten Tageszeiten auf?

- morgens abends nachts beim Einschlafen andere Ja Nein

Sind die Beschwerden in bestimmten Monaten am schlimmsten?

- Januar Februar März April Mai Juni Ja Nein
 Juli August September Oktober November Dezember
 zu Beginn der Heizperiode

Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf?

- Haus Küche Kinderzimmer Keller Dachboden Scheune Ja Nein
 Stall Garten Feld Wiese Wald andere Ja Nein

Treten die Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten auf?

- körperliche Belastung Laufen Rasenmähen Staubwischen Bettenmachen Teppichsaugen Ja Nein
 bestimmte Hobbys andere Ja Nein

Rauchen Sie oder wird in der Familie geraucht?

- Ja Nein

Bestehen regelmäßige Tierkontakte?

- Treten bei oder nach diesen Kontakten deutliche Beschwerden auf? Ja Nein
Tierkontakte: in der Wohnung im Haus bei Fremden bei Verwandten Ja Nein
Tiere: Hund Katze Pferd Rind Huhn Ja Nein
 Taube Kaninchen Goldhamster Meerschweinchen
 Wellensittich Kanarienvogel andere

Sind schon Unverträglichkeiten gegen bestimmte Nahrungsmittel beobachtet worden?

- Nüsse Nusspeisen Eier Milch Fisch Früchte Ja Nein
 andere

Wurden Hautreaktionen beim Tragen bestimmter Kleidungsstücke beobachtet?

- Wolle Pelz andere Ja Nein

Das Bett (Kopfkissen, Bettdecke) ist aus:

- Federn Wolle Wildseide andere
Die Matratze/Unterlage ist aus: Kapok Rosshaar Latex andere

Gibt es bei Blutsverwandten die bisher beschriebenen Auffälligkeiten/Beschwerden?

- Großeltern Mutter Vater Tante Onkel Ja Nein
 Geschwister Kinder Cousine Cousin
 mütterlicherseits väterlicherseits

Wo wohnen Sie/die Familie?

- In einem Neubau Altbau
Das Haus ist trocken feucht
Beobachten Sie im Haus Stockflecken/Schimmel? Ja Nein
Wenn ja, wo
Es gibt Klimaanlage Luftbefeuchter Wintergarten
 Aquarium Schwimmbad Zimmerspringbrunnen

Wohnen Sie in der Nähe bzw. Umgebung von Wiesen, Feldern oder Wald?

- Ja Nein

Wohnen Sie in der Nähe bzw. Umgebung von staub- und geruchsbelästigenden Einflüssen?

- Ja Nein