

Krankenkassen bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung

Auftragsnummer des Labors

Auftrag DFÜ-Nr.	Patientendaten
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Rechnungsempfänger
	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/>

Arzt-Unterschrift / Stempel

Material	Serum
Entnahme-Datum	
Uhrzeit	
Telefon	
Fax	

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag: Anforderung Immuno Solid-phase Allergen Chip (ISAC)

Klinische und weitere Angaben:

Hinweis: Ohne klinische Angaben und Angaben über Ergebnisse früherer Allergietests ist eine detaillierte Beurteilung nicht möglich. Bitte beachten Sie auch den **umseitigen Patientenfragebogen!**

Wurden bereits früher Allergietests durchgeführt?

- Hauttest
- Bluttest

Ergebnisse: (bitte angeben oder Kopien beifügen)

.....

.....

Welche Behandlung wird derzeit durchgeführt?

.....

.....

Hiermit bestätige ich die Übernahme der Kosten gemäß

- IGeL (Selbstzahler): 262,30 €
- Privat: 301,65 €

Datum _____ Unterschrift Patientin/Patient _____

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

Sind die Beschwerden in bestimmten Monaten am schlimmsten?

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

Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf?

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

Treten die Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten auf?

- körperliche Belastung Laufen Rasenmähen Staubwischen Bettenmachen Teppichsaugen bestimmte Hobbys andere

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
Tiere: Hund Katze Pferd Rind Huhn
 Taube Kaninchen Goldhamster Meerschweinchen
 Wellensittich Kanarienvogel andere

Sind schon Unverträglichkeiten gegen bestimmte Nahrungsmittel beobachtet worden?

- Nüsse Nusspeisen Eier Milch Fisch Früchte andere

Wurden Hautreaktionen beim Tragen bestimmter Kleidungsstücke beobachtet?

- Wolle Pelz andere

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
 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