

Allergie-Fragebogen

Name: _____ *



Hauptsymptomatik: _____

Beginn der Symptomatik: _____

Bronchiale Symptomatik:

Spastische / obstruktive Bronchitis im Vorfeld: Nein. Ja, seit _____.

Häufigkeit: In bestimmten Monaten häufiger? Nein. Ja, in den Monaten _____

Auslöser? Infekte. Kontakt zu _____ . Kein sicherer Auslöser.

Häufig Husten, obwohl ansonsten gesund: Nein. Ja, v.a. bei _____

Nächtlicher Husten: nein. ja, aber nur im Rahmen von Infekten.

ja, ganzjährig. Häufigkeit / Woche: _____

ja, v.a. in den Monaten _____

Belastungshusten / Atemnot bei Belastung: nein. ja, nur im Rahmen von Infekten. ja.

Häufigkeit: _____

Verwendete Medikamente: _____

Beschwerden im Bereich der Augen und der oberen Luftwege:

Heuschnupfen: nein. ja, in den Monaten _____

Schnupfen nach Kontakt zu _____

Verlegte Nasenatmung: nein. ja, ganzjährig. ja, v.a. in den Monaten _____

Bindehautentzündung / juckende Augen: nein. ja, v.a. in den Monaten _____

Auftreten folgender Symptome: Schnarchen, Konzentrationsschwäche, vermehrte Müdigkeit tagsüber, Durch- bzw. Einschlafstörung.

Verwendete Medikamente: _____

Hautsymptomatik:

Auftreten von Ekzemen / juckenden Hautausschlägen: nein, ja, im Alter von _____

Wo treten die Hautausschläge auf: _____

Trockene Haut: nein ja, manchmal ja, immer.

Bisherige Behandlung: _____

Belastungssituation durch allergische Erkrankung:

Fehlzeiten in Kindergarten oder Schule: nein ja, Häufigkeit: _____

Mussten bestimmte Aktivitäten aufgrund der Erkrankung abgebrochen werden oder können nicht durchgeführt werden? nein ja, _____

Wieviele Arztbesuche / Jahr aufgrund allergischer Erkrankung? _____

Belastung der Familie: gering, mittel, zeitweise hoch, immer hoch.

Begleiterkrankungen:

Verhaltensauffälligkeiten: Keine. Konzentrationsprobleme, aggressives Verhalten,

Einnässen, vermehrte Ängstlichkeit, Schulleistungsprobleme, v.a. im Bereich _____

Schwierigkeiten mit dem Schlafen, Eßprobleme, Sonstiges: _____

Chronische Erkrankungen / Sonstiges: _____

Bisherige Diagnostik:

Allergietest: nein, ja, zuletzt _____. Positiv gegen _____

Röntgen-Thorax: zuletzt _____. Befund: _____

Tuberculosetest: nein, ja, zuletzt _____. Befund: _____

EKG: nein, ja, zuletzt _____. Befund: _____

Schweisstest: nein, ja, zuletzt _____. Befund: _____

Sonstige Abklärung: _____

Wohnraum: Baujahr des Wohnhauses: _____. Offensichtlicher Schimmelpilzbefall: nein, ja, _____

Eigene Haustiere: nein, ja, _____

Haustierkontakte: nein, ja, _____

Schadstoffbelastung im Umfeld (z.B. offene Holzheizung, Strassennähe etc.): _____

Wohnraumsanierung bzgl. Hausstaubmilben: encasings: nein, ja. Teppichböden: nein, ja.

Stofftiere: nein, ja. Besondere Maßnahmen: _____

Raucher in der Familie: nein, ja, nur ausserhalb geschlossener Räume. ja, auch innerhalb.

Familie:

Allergische / atopische Erkrankungen in der Familie: nein, ja.

Heuschnupfen bei _____

Asthma bronchiale bei _____

Neurodermitis / chronisches Ekzem bei _____

Lebensmittelallergien bei _____

