

Allergie-Fragebogen

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Hauptsymptomatik: _____

Beginn der Symptomatik: _____

Bronchiale Symptomatik:

Obstruktive Bronchitis im Vorfeld: Nein.

Ja, _____ Mal.

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

Januar Februar März April Mai Juni

Juli August September Oktober November Dezember

Auslöser? Infekte. Kontakt zu _____

Kein sicherer Auslöser.

Häufig Husten, obwohl ansonsten gesund: Nein.

Ja, bei _____

Nächtlicher Husten: Nein.

Ja, aber nur im Rahmen von Infekten.

Ja, ganzjährig. Häufigkeit/Woche: _____

Ja, besonders 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, besonders in den Monaten: _____

Bindehautentzündung / juckende Augen: Nein.

Ja, besonders in den Monaten _____

Auftreten folgender Symptome:

- Schnarchen
- Konzentrationsschwäche
- vermehrte Müdigkeit tagsüber
- Durch- bzw. Einschlafstörung

Verwendete Medikamente: _____

Hautsymptomatik:

Auftreten von Ekzemen/ Neurodermitis/ juckenden Hautausschlägen: Nein

Ja, im Alter von _____

Wo treten die Hautausschläge auf: _____

Trockene Haut: Nein

- Ja, manchmal
- Ja, immer

Bisherige Behandlung: _____

Belastung 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

Schwierigkeiten mit dem Schlafen, Essprobleme, Sonstiges: _____

Chronische Erkrankungen / Sonstiges:

Bisherige Diagnostik:

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

Röntgen-Thorax: zuletzt _____. Befund: _____

Tuberculostest: 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
