

Name:

Vorname:

Geb. Datum

PRAXIS LÜTZKENDORF

Allergologischer Fragebogen

Welche Beschwerden führen Sie bzw. den Patienten zum Arzt?

<input type="checkbox"/>	Lunge	<input type="checkbox"/>	Husten, Reizhusten, Bronchitis
		<input type="checkbox"/>	Atemnot, Atembeklemmung, Asthma
		<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____
<input type="checkbox"/>	Nase	<input type="checkbox"/>	Schnupfen, Heuschnupfen
		<input type="checkbox"/>	Kieferhöhlen- Stirnhöhlenentzündung
		<input type="checkbox"/>	Nasenpolypen
		<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____
<input type="checkbox"/>	Augen	<input type="checkbox"/>	Augentränen, Augenjucken
		<input type="checkbox"/>	Schwellungen der Augenpartien, Augenlider
		<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____
<input type="checkbox"/>	Haut	<input type="checkbox"/>	Nesselsucht, Juckreiz, Hautquaddeln
		<input type="checkbox"/>	Schwellungen, Juckreiz von Lippen, Rachen
		<input type="checkbox"/>	Ekzem, Neurodermitis
		<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____

In welchem Alter sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? Im ____ Lebensjahren.

Beruf: Erlernt: _____

Beruf: Jetzige Tätigkeit _____

Bestehen oder bestanden früher folgende Krankheitserscheinungen?

<input type="checkbox"/>	Spastische Bronchitis als Kind
<input type="checkbox"/>	Säuglingsekzem, Milchschorf
<input type="checkbox"/>	Atemnot, Atembeklemmung, Asthma
<input type="checkbox"/>	Husten, Reizhusten, Bronchitis
<input type="checkbox"/>	Schnupfen, Heuschnupfen
<input type="checkbox"/>	Kieferhöhlen- Stirnhöhlenentzündung
<input type="checkbox"/>	Nasenpolypen
<input type="checkbox"/>	Augentränen, Augenjucken, Schwellungen der Augenpartien, Augenlider
<input type="checkbox"/>	Nesselsucht, Juckreiz, Hautquaddeln, Ekzem, Neurodermitis
<input type="checkbox"/>	Schwellungen, Juckreiz von Lippen, Rachen,

Wie ist die Wohnung beschaffen?

Lage	<input type="checkbox"/>	Großstadt
	<input type="checkbox"/>	Kleinstadt
	<input type="checkbox"/>	Dorf
Art	<input type="checkbox"/>	Wohnung
	<input type="checkbox"/>	Haus + Garten
	<input type="checkbox"/>	Bauernhof
Alter	<input type="checkbox"/>	Altes Haus
	<input type="checkbox"/>	Neues Haus

Leidet oder litt ein Verwandter an Beschwerden, wie Asthma, Bronchitis, Heuschnupfen oder Ekzem?

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja

Wann treten die Beschwerden auf? (Nur die am besten passende Aus sage ankreuzen!)

<input type="checkbox"/>	während des ganzen Jahres
<input type="checkbox"/>	Unregelmäßig während des ganzen Jahres
	<input type="checkbox"/> 1-4 x pro Jahr
	<input type="checkbox"/> 5-10 x pro Jahr
	<input type="checkbox"/> >10 x pro Jahr
<input type="checkbox"/>	während des gesamten Jahres , sind aber in bestimmten Monaten schlimmer.
<input type="checkbox"/>	treten nur in bestimmten Monaten auf
	<input type="checkbox"/> Januar
	<input type="checkbox"/> April
	<input type="checkbox"/> Juli
	<input type="checkbox"/> Oktober
	<input type="checkbox"/> Februar
	<input type="checkbox"/> Mai
	<input type="checkbox"/> August
	<input type="checkbox"/> November
	<input type="checkbox"/> März
	<input type="checkbox"/> Juni
	<input type="checkbox"/> September
	<input type="checkbox"/> Dezember

Sind die Beschwerden Tageszeitabhängig?

<input type="checkbox"/>	Nein, die Beschwerden sind ständig vorhanden
<input type="checkbox"/>	Nein, die Beschwerden können zu jeder Tageszeit auftreten.
<input type="checkbox"/>	Ja, besonders starke Beschwerden bestehen zu folgenden Tageszeiten:
	<input type="checkbox"/> Morgens, nach dem Aufstehen
	<input type="checkbox"/> Am Vormittag
	<input type="checkbox"/> Nachts

Treten Beschwerden vorwiegend an bestimmten **Orten** auf?

<input type="checkbox"/>	Nein, die Beschwerden sind ortsunabhängig.
<input type="checkbox"/>	Ja, besonders stark sind sie

Treten Beschwerden vorwiegend bei bestimmter **Tätigkeit** auf?

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, besonders bei

Treten Beschwerden bei **intensivem Geruch, bei Dämpfen** oder **Staub** auf?

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, besonders bei

Sind bei **Tierkontakten** Beschwerden aufgetreten?

<input type="checkbox"/>	Nein	
<input type="checkbox"/>	Ja, besonders bei	
	Tier	Beschwerden
<input type="checkbox"/>	Hund	
<input type="checkbox"/>	Katze	
<input type="checkbox"/>	Kaninchen	
<input type="checkbox"/>	Meerschweinchen	
<input type="checkbox"/>	Goldhamster	
<input type="checkbox"/>	Wellensittich	
<input type="checkbox"/>	Kanarienvogel	
<input type="checkbox"/>	Taube	
<input type="checkbox"/>	Pferd	
<input type="checkbox"/>	Rind	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____	

Besteht **zeitweilig** eine völlige oder weitgehende **Beschwerdefreiheit**?

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, besonders
<input type="checkbox"/>	An der See
<input type="checkbox"/>	Im Hochgebirge
<input type="checkbox"/>	Im Hochsommer
<input type="checkbox"/>	An feuchten Sommertagen, bei Regen
<input type="checkbox"/>	Fast regelmäßig an den Wochenenden, im Urlaub
<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____

Bestehen bei **Nahrungsmitteln** **Abneigung (A)** oder **Unverträglichkeit (U)**? Bitte ankreuzen!

<input type="checkbox"/>	Nein				
<input type="checkbox"/>	Ja, ich habe eine Unverträglichkeit (U) oder eine Abneigung (A) beobachtet:				
	A	U	A	U	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomaten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muscheln, Krabben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erdbeeren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erbsen, Bohnen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wein, Sekt, Bier
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Käse, Quark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apfelsinen, Zitronen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Äpfel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hasel-, Walnüsse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kirschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spinat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pfirsiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fruchtsäfte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Falls ja, auf welches Nahrungsmittel haben Sie am stärksten reagiert?				

	Folgende Beschwerden sind aufgetreten:				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wässriger Fließschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heftiger Kopfschmerz, Migräne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gaumen-, Ohrenjucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ekzem-Verschlimmerung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lippen-, Rachenschwellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nesselsucht, Hautjucken
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonstiges			

Haben Sie eine **Überempfindlichkeit** gegen **Medikamente** beobachtet?

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, eine Überempfindlichkeit ist aufgefallen gegen:
<input type="checkbox"/>	Penicillin-Präparate
<input type="checkbox"/>	Schmerz-, Grippemittel
<input type="checkbox"/>	Kontrastmittelunverträglichkeit bei Röntgenuntersuchungen (Jodallergie)
<input type="checkbox"/>	Pflasterempfindlichkeit der Haut