

ALLERGIE FRAGEBOGEN

Nach Prof. Dr. Randolph Brehler

Datum _____

PATIENTENANGABEN

Name _____ Geb. Datum _____ Männlich Weiblich
 Vorname _____ Beruf _____
 Haustiere _____ Wohnungsumgebung Städtisch Ländlich
 Neubau Altbau

SYMPTOMBESCHREIBUNG

Welche der folgenden allergischen Symptome treten auf? (bitte alle zutreffenden ankreuzen)

NASE	AUGEN	LUNGE	VERSTÄRKT DURCH
<input type="checkbox"/> Nasenjucken	<input type="checkbox"/> Augenjucken	<input type="checkbox"/> chronischer Husten	<input type="checkbox"/> Anstrengung
<input type="checkbox"/> Nasenlaufen	<input type="checkbox"/> Augentränen	<input type="checkbox"/> Luftnot	<input type="checkbox"/> Kältereize
<input type="checkbox"/> verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> Augenrötung	<input type="checkbox"/> pfeifende Atmung	<input type="checkbox"/> Gerüche
<input type="checkbox"/> Niesen	<input type="checkbox"/> Lidschwellung	<input type="checkbox"/> Asthma derzeit an _____ Tagen/Woche	
		<input type="checkbox"/> Nächtliches Erwachen wegen Lungenbeschwerden derzeit in _____ Nächten/Woche	

Wann treten Symptome auf?

Saisonal (während bestimmter Monate) Perennial (ganzjährig) Anfallsweise

In welchen Monaten treten die Beschwerden auf?

(Bitte markieren Sie zusätzlich die Monate in denen die Symptome am stärksten sind)

JAN	FEB	MÄR	APR	MAI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOV	DEZ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie lange bestehen die Symptome?

• Mehr als 4 Tage pro Woche: Ja Nein

• Mehr als 4 aufeinanderfolgende Wochen: Ja Nein

Wie sehr beeinträchtigen die Symptome Ihre Alltags-Aktivitäten wenn Sie keine Medikamente nehmen?

Gar nicht Geringfügig Mäßig Stark

Beeinträchtigen die Symptome Ihren Schlaf? Ja Nein

TRIGGERFAKTOREN

Treten die Symptome vermehrt an bestimmten Orten auf?

In Innenräumen Im Freien Zu Hause Bei der Arbeit In der Schule Andere Orte: _____

Treten die Symptome vermehrt zu bestimmten Tageszeiten auf?

Morgens Nachmittags Abends Nachts Ganztägig

Welche der folgenden allergischen Symptome treten auf? (bitte alle zutreffenden ankreuzen)

WERDEN IHRE SYMPTOME VERSCHLIMMERT DURCH:		
<input type="checkbox"/> Aufenthalt im Freien	<input type="checkbox"/> Staubige Umgebung	Andere Trigger:
<input type="checkbox"/> Im Bett liegen	<input type="checkbox"/> Smog oder Umwelteinflüsse	
<input type="checkbox"/> Feuchte Räume	<input type="checkbox"/> Gerüche	
<input type="checkbox"/> Kontakt zu Tieren/Haustieren:	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel:	

PATIENTENHISTORIE

Leiden Sie unter:

- Neurodermitis (Beugenekezemen)? Ja Nein
 Urtikaria (Nesselsucht)? Ja Nein
 Lebensmittelallergien? Ja Nein
 Juckreiz/Kratzen im Mund und Hals Bauchschmerzen
 Übelkeit und Erbrechen Durchfall Aufstoßen oder Blähungen Schock

Andere Symptome: _____

Wurden Sie wegen akuter allergischer Reaktionen (Anaphylaxie) schon einmal notfallmäßig behandelt?

- Ja Nein

Wurde bei Ihnen zur Allergiediagnostik ein Hauttest oder Bluttest durchgeführt?

Wenn ja, wann wurde der Test durchgeführt: _____

Folgende Allergene wurden positiv getestet: _____

Haben Sie bereits eine Spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierung) erhalten?

- Nein Ja mit Spritzen Ja mit Tropfen/Tabletten

Wenn ja, mit folgenden Allergenen: _____ Von: _____ bis: _____

Bitte nennen sie das Präparat: _____

Wie gut hat die Therapie geholfen? Sehr gut Gut Mäßig Gar nicht

ARZNEIMITTELANAMNESE

Welche Medikamente haben Sie zur Besserung Ihrer allergischen Beschwerden bisher angewendet?

ANWENDUNGSART	ARZNEIMITTEL	HÄUFIGKEIT
Tabletten	<input type="checkbox"/> Antihistaminika <input type="checkbox"/> Kortison <input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Bei Bedarf <input type="checkbox"/> Regelmäßig
Spray/Tropfen für die Nase	<input type="checkbox"/> Antihistaminika <input type="checkbox"/> Kortison <input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Bei Bedarf <input type="checkbox"/> Regelmäßig
Tropfen für die Augen	<input type="checkbox"/> Antihistaminika <input type="checkbox"/> Kortison <input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Bei Bedarf <input type="checkbox"/> Regelmäßig
Spray für die Lunge	<input type="checkbox"/> Betamimetika <input type="checkbox"/> Kortison <input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Bei Bedarf <input type="checkbox"/> Regelmäßig

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit? _____

RAUCHERANAMNESE

Rauchen Sie?

- Ja Nein Ich habe früher geraucht (bis _____ über _____ Jahre)

Wenn ja: Wieviele Zigaretten rauchen Sie/haben Sie pro Tag geraucht? _____

FAMILIENANAMNESE

Haben andere Familienmitglieder Allergien? (bitte ankreuzen)

	ELTERN	GESCHWISTER ANZAHL ____	KINDER ANZAHL ____
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergischer Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>