

# Allergiefragebogen



Name \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

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 pro 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 \_\_\_\_\_

Bindeg hautentzündung / juckende Augen:  Nein  Ja, v.a. in den Monaten \_\_\_\_\_

Auftreten folgender Symptome:  Schnarchen  Konzentrationsschwäche

vermehrte Müdigkeit tagsüber  Durch-/Einschlafstörung

Verwendete Medikamente: \_\_\_\_\_

**Hautsymptomatik:**

Auftreten von Ekzemen / juckenden Hauthausschlägen:  Nein  Ja, im Alter von \_\_\_\_\_

Wo treten die Hauthausschläge auf? \_\_\_\_\_

Trockene Haut:  Nein  Ja, manchmal  Ja, immer

Bisherige Behandlung: \_\_\_\_\_

**Belastungssituation durch allergische Erkrankung:**

Fehlzeiten in Kindergarten / Schule:  Nein  Ja, Häufigkeit: \_\_\_\_\_

Mussten bestimmte Aktivitäten aufgrund der Erkrankung abgebrochen werden oder können nicht durchgeführt werden?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Wieviele Arztbesuche pro Jahr aufgrund der allergischen Erkrankung? \_\_\_\_\_

Belastung der Familie:  gering  mittel  zeitweise hoch  immer hoch

**Begleiterkrankungen:**

Verhaltensauffälligkeiten:  Keine  Konzentrationsprobleme  aggressives Verhalten

Einnässen  vermehrte Ängstlichkeit  Schulleistungsprobleme, v.a. im Bereich \_\_\_\_\_

Schlafschwierigkeiten  Essprobleme  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen / Sonstiges: \_\_\_\_\_

**bisherige Diagnostik:**

Allergietest:  Nein  Ja, zuletzt \_\_\_\_\_  Positiv für \_\_\_\_\_

Röntgen Thorax: zuletzt \_\_\_\_\_ Befund : \_\_\_\_\_

Tuberkulosetest:  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 Teppichboden  Nein  Ja

Stofftiere  Nein  Ja

Besondere Maßnahmen: \_\_\_\_\_

Rauchen 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 / chron. Ekzem bei \_\_\_\_\_

Nahrungsmittelallergien bei \_\_\_\_\_