

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 _____

Bindehautentzündung / 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 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 / 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 : _____

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 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 _____