

Fragebogen Allergie



Patient Name: _____ **geb. am:** _____
dd-mm-yyyy

Sehr geehrte Pateintin, sehr geehrter Patient, da bei Ihrer Erkrankung auch eine Allergie als Ursache in Frage kommt, bitten wir sie uns die folgenden Fragen zu beantworten.

Alle Angaben sind freiwillig. Unklarheiten können sie später ausführlich mit dem Arzt besprechen.

Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis?

	ja	weiß nicht	nein
Haben Sie Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bei Pollenallergie: In welchen Monaten?			
Januar	April	Juli	Oktober
Februar	Mai	August	November
März	Juni	September	Dezember
Haben Sie Haustiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, welche?			
Hatten Sie als Kind Milchschorf (Neurodermitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen bereits ein Allergietest durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt dieser Test mehr als ein Jahr zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihnen Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, welche?			
Wurde bei Ihnen schon eine Hyposensibilisierung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind in Ihrer Familie Allergien oder Asthma vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie anti-allergische Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, welche?			
Glauben Sie, dass eine Allergie mit Ihren Beschwerden zu tun hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten Sie an einem allergiegefährdeten Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Tätigkeit:			
Haben Sie Milbensenierungsmaßnahmen bereits durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, welche?			

Wichtig!!! Bitte tragen Sie in die folgende Tabelle Ihre Medikamente ein, auch Inhalationen!

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts	bei Bedarf

Was Sie uns sonst noch sagen wollen: