

Fragen zur Diagnose allergischer Erkrankungen

Name, Vorname

geb. am

Datum

Dieser Fragebogen dient der Aufdeckung und Eingrenzung einer möglichen allergischen Erkrankung. Sie sollten ihn in Ruhe durchlesen und sorgfältig beantworten. Wenn nicht Sie, sondern Ihr Kind der Patient ist, gelten die Fragen dem Befinden und persönlichen Umfeld Ihres Kindes.

■ Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

- Augenjucken/-brennen/-tränen Heuschnupfen Dauerschnupfen
- Häufiger Husten Hautausschlag, Ekzem, Nesselsucht
- Asthma, Atemnot - Falls ja, wie oft haben Sie Luftnot?
- Atemnot- oder Asthmaanfälle an den meisten Tagen und Nächten des Jahres
- Atemnot- oder Asthmaanfälle mehr als einmal pro Woche tagsüber oder in mehr als zwei Nächten pro Monat
- Atemnot- oder Asthmaanfälle höchstens einmal in der Woche tagsüber oder in höchstens zwei Nächten pro Monat
- Atemnot nur bei körperlicher Belastung

■ Wann/Wo treten Ihre Beschwerden auf?

- Das ganze Jahr hindurch gleichbleibend Im Freien
- Nur zu bestimmten Jahreszeiten (bitte ankreuzen)
(bitte notieren Sie den jahreszeitlichen Schweregrad **1**, **2** oder **3** Ihrer Beschwerden) In Innenräumen (Wohnung usw.)
- Das ganze Jahr und verstärkt zu bestimmten Jahreszeiten
(bitte notieren Sie den jahreszeitlichen Schweregrad **1**, **2** oder **3** Ihrer Beschwerden) Im Bett

| Jan. | Feb. | März | April | Mai | Juni | Juli | Aug. | Sept. | Okt. | Nov. | Dez. |
|------|------|------|-------|-----|------|------|------|-------|------|------|------|
| | | | | | | | | | | | |

1 = leicht
2 = mäßig
3 = stark

- Bei bestimmten Tätigkeiten (Arbeit, Hobby, Hausarbeit...) - Bei welchen? _____
- Bei Kontakt mit Tieren - Bei welchen? _____
- Halten Sie Tiere oder haben Sie häufig Kontakt mit Tieren - Welche? _____
- Wie lange haben Sie die Beschwerden schon? _____

■ Bestehen noch andere Erkrankungen?

- Nein Ja - Welche? _____

■ Nehmen Sie Medikamente?

- Nein Ja - Welche? _____
(Bitte alle Medikamente eintragen, die Sie zur Zeit anwenden)

■ Sind bei nahen Blutsverwandten Allergien, Heuschnupfen oder Asthma bekannt?

- Nein Ja

■ Rauchen Sie?

- Nein Ja

Fragen zur Diagnose allergischer Erkrankungen

Seite 2

- **Sind Sie schwanger?** ■ **Planen Sie in nächster Zeit schwanger zu werden?**

Nein Ja

Nein Ja

- **Können Sie bereits Dinge in Ihrer Umgebung benennen, auf die Sie möglicherweise allergisch reagieren?**

- **Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?**

Nein Ja - Welche? _____

- **Gibt es Lebensmittel, die Sie nicht vertragen?**

Nein Ja - Welche? _____

- **Ist eine Insektengiftallergie bekannt?**

Nein Ja - Welche? _____

- **Wurde bei Ihnen bereits ein Allergietest durchgeführt?**

Nein Ja - Ergebnis: _____

- **Haben Sie einen Allergiepass?**

Nein Ja - Legen Sie ihn bitte zusammen mit diesem Fragebogen dem Arzt vor.

- **Wurde bereits eine Hyposensibilisierung durchgeführt?**

Nein Ja - Mit welchen Allergenen? _____

Wann und wie lange? _____ Präparatnamen _____ Mit Spritzen Mit Tropfen Mit Tabletten

- **Hat diese zu einer Besserung geführt?**

Ja, gut Mäßig Nicht zufriedenstellend

- **Mit Nebenwirkungen?**

Nein, gut vertragen Ja (bitte beschreiben) _____

- **Sonstige Bemerkungen**

Weitere Informationen rund um das Thema Allergie finden Sie unter bencard.com



Bencard Allergie GmbH - Deutschland
Postfach 40 03 04, 80703 München
bencard.com

**Bencard
Allergie**
Wir denken weiter.