

# 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"/>											

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

## 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 (Beugeneckzemen)?  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"/>