

Allergen-Testbogen

Daten Patient/in

Nachname

Vorname

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--

Stempel des Arztes/ der Ärztin:

Datum:

Krankheitserscheinungen
☐ überwiegend saisonal ☐ ganzjährig ☐ ganzjährig mit saisonaler Verstärkung
von _____ bis _____ von _____ bis _____
(berufliche o. häusliche Exposition etc.) Sonstige Bemerkungen

Test Nr.	Allergen Nr.		Prick	Provo.
Kontrollen				
	901	Phys. Kochsalzlösung		
	902	Histamin		
Bäume				
	108	Birke		
	115	Erle		
	129	Hasel		
	110	Rotbuche		
	114	Eiche		
	116	Esche		
	152	Pappel		
	168	Ulme		
	142	Linde		
	101	Robinie		
	170	Weide		
Gräser/Getreide				
	006	Gräser		
	015	Gräser/Getreide		
	158	Roggen		
	121	Gerste		
	126	Hafer		
	173	Weizen		

Test Nr.	Allergen Nr.		Prick	Provo.
Kräuter				
	106	Beifuß, gemeiner		
	123	Glaskraut		
	154	Short Ragweed		
	169	Wegerich		
	143	Löwenzahn		
Milben				
	708	Dermatophagoides farinae		
	725	Dermatophagoides pteronyssinus		
Schimmelpilze				
	400	Alternaria tenuis		
	401	Aspergillus fumigatus		
	412	Penicillium notatum		
Epithelien				
	306	Hundeepithelien		
	309	Katzenepithelien		
	314	Pferdeepithelien		

Befundbericht