

Allergie-Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

Beruf: _____

Datum / Unterschrift Patient

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen

1. AKTUELLE BESCHWERDEN

- Heuschnupfen
- Verstopfte Nase
- Niesanfalle (mehr als 3x in Folge)
- Augentränen, Augenjucken
- Husten, Reizhusten
- Bronchitis
- Asthma, Atemnot, erschwertes Atmen
- Schwellungen im Gesicht (Augenpartie/Lippen)
- Juckreiz an Lippen, Gaumen, Rachen
- Hautausschlag/Nesselsucht

2. SEIT WANN BESTEHEN IHRE BESCHWERDEN?

3. ALLERGIE-TEST

Ist bei Ihnen bereits ein Allergietest durchgeführt worden?
Wenn ja, wann und bei welchem Arzt?

Welche Allergien wurden festgestellt?

4. ALLERGIE-THERAPIE (HYPOSENSIBILISIERUNG)

Ist bei Ihnen bereits eine Allergie-Therapie durchgeführt worden?
Wenn ja, bei welchem Arzt und mit welchem/n Allergen/en?

Wann und wie lange?

Wie wurde die Allergie-Therapie vertragen?

5. ARZNEIMITTELBEDARF

Nehmen Sie regelmäßig Arzneimittel ein?
Wenn ja, welche und welche Dosierungen?

6. AKTUELLE UND VERGANGENE ERKRANKUNGEN

- Krupphusten
- Spastische Bronchitis
- Milchschorf
- Neurodermitis (atopisches Ekzem)
- Nesselsucht (Urtikaria)
- Kontakt ekzem
- Nasenpolypen
- Kieferhöhlen-, Stirnhohlenentzundungen (Sinusitis)
- Häufige Erkältungen
- Migräne, halbseitige Kopfschmerzen
- Magen/Darm-Probleme (Übelkeit/Erbrechen/Durchfall)

7. WANN TRETEN IHRE BESCHWERDEN AUF?

Ganzjährig Saisonal
Wenn saisonal, welche Monate?

Abhängig von der Tageszeit
Wenn ja, wann?

- Bei trockenem Wetter
- Bei feuchtem Wetter
- Häufiger und verstärkter während der Heizperiode
- Beim Staubsaugen oder starker Staubeentwicklung
- Beim Bettenmachen
- Beim Rasenmähen
- Bei körperlichen Anstrengungen
- Bei Kontakt zu Tieren und/oder beim
- Reinigen von Tierkafigen und -ställen
- Wenn ja, welche Tiere?

Bei Kontakt mit intensiven Gerüchen, Dämpfen und Stäuben
Wenn ja, welche?

Bei bestimmten Tätigkeiten
Wenn ja, welche?

8. WO TRETEN IHRE BESCHWERDEN AUF?

Treten Ihre Beschwerden an bestimmten Orten auf? Wenn ja, wo?

9. NAHRUNGSMITTEL

Treten Beschwerden nach Genuss von Nahrungsmitteln auf?

Wenn ja, welche Beschwerden bei welchen Nahrungsmitteln?

10. BIENE/WESPE

Reagieren Sie empfindlich auf Insektenstiche (Biene/Wespe)?
Wenn ja, welche Beschwerden?

11. ARZNEIMITTEL

Reagieren Sie empfindlich auf Arzneimittel?
Wenn ja, welche Beschwerden bei welchen Arzneimitteln?

12. VERWANDTSCHAFT

Bestehen Allergien bei Verwandten?
Wenn ja, bei wem?
