

# Allergiefragebogen (allgemein)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kreuzen Sie bitte an oder ergänzen Sie!

## Gegenwärtige Beschwerden (Hauptbeschwerden unterstreichen):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Augentzündung seit _____ | <input type="checkbox"/> Asthma-Anfälle _____ mal/Jahr<br>seit _____            |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen seit _____     | <input type="checkbox"/> Schwellungen (z.B. Augen, Lippen, Zunge)<br>seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Niesanfälle seit _____   | <input type="checkbox"/> Magen-Darmbeschwerden (z.B. Durchfall)<br>seit _____   |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis seit _____    |   |
| <input type="checkbox"/> Reizhusten seit _____    |   |
| <input type="checkbox"/> Nesselfieber seit _____  |   |
| <input type="checkbox"/> Ekzem seit _____         |   |

## Auftreten der Beschwerden:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ganzjährig    | <input type="checkbox"/> ganzjährig mit jahreszeitlicher Verschlechterung  |
| <input type="checkbox"/> unregelmässig | <input type="checkbox"/> überwiegend in bestimmten Monaten (bitte Monat ankreuzen)   |
|  | <input type="checkbox"/> Januar <input type="checkbox"/> April <input type="checkbox"/> Juli <input type="checkbox"/> Oktober    |
|  | <input type="checkbox"/> Februar <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> August <input type="checkbox"/> November  |
|  | <input type="checkbox"/> März <input type="checkbox"/> Juni <input type="checkbox"/> September <input type="checkbox"/> Dezember |

## Begünstigende bzw. auslösende Umstände:

- |  |  |                                     |  |
|--|--|-------------------------------------|--|
| <b>Fieber:</b>                             | <b>Wetter:</b>                                       | <b>Ort:</b>                         | <b>Tageszeit</b>                                       |
| <input type="checkbox"/> häufig mit Fieber | <input type="checkbox"/> feucht                      | <input type="checkbox"/> Wiese/Feld | <input type="checkbox"/> nachts von __ bis __          |
| <input type="checkbox"/> gelegentlich      | <input type="checkbox"/> trocken                     | <input type="checkbox"/> Wald       | <input type="checkbox"/> morgens nach dem<br>Aufstehen |
| <input type="checkbox"/> nie mit Fieber    | <input type="checkbox"/> kalt                        | <input type="checkbox"/> Schule     | <input type="checkbox"/> tagsüber                      |
|  | <input type="checkbox"/> windig                      | <input type="checkbox"/> zu Hause   |  |
|  | <input type="checkbox"/> neblig                      | <input type="checkbox"/> im Keller  |  |
| <b>Kontakt mit:</b>                        |  |                                     | <b>Stimmungslagen:</b>                                 |
| <input type="checkbox"/> Heu               | <input type="checkbox"/> Kosmetika                   |                                     | <input type="checkbox"/> Aufregung                     |
| <input type="checkbox"/> Mehl              | <input type="checkbox"/> Medikamente                 |                                     | <input type="checkbox"/> Seelische Belastung           |
| <input type="checkbox"/> Staub             | <input type="checkbox"/> Andere Stoffe, welche _____ |                                     | <input type="checkbox"/> launenabhängig                |

# Allergiefragebogen (allgemein)

## Besteht Kontakt mit folgenden Tieren?

- |                                |  |                                    |
|--------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hund  | <input type="checkbox"/> Meerschweinchen | <input type="checkbox"/> Rind      |
| <input type="checkbox"/> Katze | <input type="checkbox"/> Hamster         | <input type="checkbox"/> Tauben    |
| <input type="checkbox"/> Pferd | <input type="checkbox"/> Kaninchen       | <input type="checkbox"/> Ziervogel |

Zeigen sich Beschwerden nach dem Kontakt mit Tieren?  Ja  Nein

## Haben sich die Beschwerden geändert?

Bei Besuch

- |                                    |                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verwandte | <input type="checkbox"/> Grosseltern |
| <input type="checkbox"/> Bauernhof | <input type="checkbox"/> Stall       |
| <input type="checkbox"/> Zirkus    | <input type="checkbox"/> Schule      |
| <input type="checkbox"/> Bauernhof | <input type="checkbox"/> _____       |

Nach Wohnungswechsel

- schlechter  
 besser

Bei Ferientaufenthalten

- schlechter  
 besser

## Beschaffenheit der Wohnung:

- |                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Altbau | <input type="checkbox"/> feucht  |
| <input type="checkbox"/> Neubau | <input type="checkbox"/> trocken |

## Einrichtung des Schlafzimmers:

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teppichboden     | <input type="checkbox"/> Polstermöbel    | <input type="checkbox"/> Tierfelle      | <input type="checkbox"/> Stoffspielzeug |
| <input type="checkbox"/> schwere Vorhänge | <input type="checkbox"/> kleiner Teppich | <input type="checkbox"/> mehrere Betten | <input type="checkbox"/> Zentralheizung |

## Beschaffenheit des Bettes:

- |  |                                      |                                      |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rosshaarmatratze    | <input type="checkbox"/> Federkissen | <input type="checkbox"/> Daunendecke |
| <input type="checkbox"/> Federkernmatratze   |                                      | <input type="checkbox"/> Wolldecke   |
| <input type="checkbox"/> Schaumgummimatratze |                                      |                                      |

## Besteht eine Abneigung gegen, oder Unverträglichkeit auf folgende Nahrungsmittel?

- |   |                                  |                                    |   |
|---|----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Milch                                | <input type="checkbox"/> Käse    | <input type="checkbox"/> Erdbeeren | <input type="checkbox"/> Orangen/Zitronen |
| <input type="checkbox"/> Ei                                   | <input type="checkbox"/> Nüsse   | <input type="checkbox"/> Pfirsiche | <input type="checkbox"/> Hülsenfrüchte    |
| <input type="checkbox"/> Fische                               | <input type="checkbox"/> Tomaten | <input type="checkbox"/> Äpfel     |   |
| <input type="checkbox"/> Andere Nahrungsmittel? Welche? _____ |                                  |                                    |   |

## Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

- |                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine     | <input type="checkbox"/> Ausschlag       | <input type="checkbox"/> örtliche Schwellungen |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Asthma          | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen         |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Fliessschnupfen | <input type="checkbox"/> Unwohlsein            |

# Allergiefragebogen (allgemein)

## Frühere Erkrankungen:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Milchschorf                 | <input type="checkbox"/> „Croup“            | <input type="checkbox"/> häufiges Erbrechen    |
| <input type="checkbox"/> Ekzem                       | <input type="checkbox"/> Kiefer- bzw.       | <input type="checkbox"/> häufiger Durchfall    |
| <input type="checkbox"/> Neigung zur Erkältung       | Stirnhöhlenentzündung                       | <input type="checkbox"/> örtliche Schwellungen |
| <input type="checkbox"/> Bronchitiden                | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung   | <input type="checkbox"/> Migräne/Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Nesselfieber                | <input type="checkbox"/> chronische Infekte | <input type="checkbox"/> Wurmbefall            |
| <input type="checkbox"/> Reaktion auf Insektenstiche |   |  |

## Operationen:

- |                                    |                                  |  |
|------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> „Polypen“ | <input type="checkbox"/> Mandeln | <input type="checkbox"/> Mit Erfolg? _____ |
| <input type="checkbox"/> andere    |                                  | Wann? _____                                |

## Bisherige Behandlung:

- Medikamente (welche)? \_\_\_\_\_
- ohne Erfolg (welche)? \_\_\_\_\_
- mit Erfolg (welche)? \_\_\_\_\_
- Immuntherapie/ Desensibilisierung (wann)? \_\_\_\_\_
- Kuraufenthalte (wo)? \_\_\_\_\_

## Welche Allergiebeschwerden haben andere Familienangehörige?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mutter: _____ | <input type="checkbox"/> Geschwister: _____ |
| <input type="checkbox"/> Vater: _____  | <input type="checkbox"/> Verwandte: _____   |

## Sind Raucher in der Familie?

- |                                |                                      |  |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja    | <input type="checkbox"/> Nein        | <input type="checkbox"/> Wie viel/Tag? |
| <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Mutter      | _____                                  |
|                                | <input type="checkbox"/> Geschwister |  |

## Ist bereits Diagnostik erfolgt?

- Bluttest Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Hauttest (Pricktest) Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Bislang keine Diagnostik

## Bemerkungen:

---

---

# Allergiefragebogen (allgemein)

---