

# Allergiefragebogen

Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_



Schillerstr. 24  
02763 Zittau  
Tel: 03583/700290  
Fax: 03583/794850

Datum: \_\_\_\_\_

1. Welche der folgenden Symptome treten auf? (ankreuzen)

Nase	Augen	Lunge	Haut
<input type="checkbox"/> Nasejucken	<input type="checkbox"/> Augenjucken	<input type="checkbox"/> ständiger Husten	<input type="checkbox"/> Ekzeme
<input type="checkbox"/> Naselaufen	<input type="checkbox"/> Augentränen	<input type="checkbox"/> Luftnot	<input type="checkbox"/> Quaddeln
<input type="checkbox"/> verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> Augenrötung	<input type="checkbox"/> pfeifende Atmung	
<input type="checkbox"/> Niesen	<input type="checkbox"/> Lidschwellung	<input type="checkbox"/> Asthma an __Tagen/Woche	
		<input type="checkbox"/> nächtl. Erwachen dadurch __Nächte/Woche	

2. Wann treten die Symptome auf?

ganzjährig                       während bestimmter Monate                       anfallsweise

3. In welchen Monaten treten die Beschwerden auf?

Jan	Febr	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez
-----	------	------	-------	-----	------	------	-----	------	-----	-----	-----

4. Wie lange bestehen die Beschwerden (bei saisonalen Beschwerden bezogen auf die relevanten Monate)?

mehr als 4 Tage/Woche  
 mehr als 4 aufeinanderfolgende Wochen  
 schon seit \_\_ Jahren

5. Wie sehr beeinträchtigen die Symptome die Alltagsaktivitäten, wenn keine Medikamente eingenommen werden?

gar nicht                       geringfügig     mäßig                       stark

6. Beeinträchtigen die Symptome den Schlaf?                       ja                       nein

7. Treten die Symptome vermehrt an bestimmten Orten auf?

in Innenräumen                       im Freien                       zu Hause                       in der Schule     \_\_\_\_\_

8. Treten die Symptome vermehrt zu bestimmten Tageszeiten auf?

morgens                       nachmittags     abends                       nachts                       ganztägig

9. Die Symptome werden verstärkt durch:

Aufenthalt im Freien                       staubige Umgebung                       Anstrengung  
 im Bett                       Smog/Umwelteinflüsse                       Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_  
 feuchte Räume                       Kälte  
 Kontakt zu Tieren: \_\_\_\_\_                       Regentage im Sommer

10. Haben Sie Haustiere / häufigeren Kontakt zu Tieren?     nein                       ja, welche? \_\_\_\_\_

11. Besteht eine Überempfindlichkeit gegenüber Insektenstichen?

nein                       ja, welche/wie reagiert? \_\_\_\_\_

12. Besteht/bestand zusätzlich:

Neurodermitis  
 Urtikaria (Nesselsucht)  
 Lebensmittelallergien? Welche \_\_\_\_\_ wie reagiert? \_\_\_\_\_  
 Juckreiz/Kratzen im Mund/Hals

# Allergiefragebogen

Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_



Schillerstr. 24  
02763 Zittau  
Tel: 03583/700290  
Fax: 03583/794850

Datum: \_\_\_\_\_

Übelkeit/Erbrechen       Durchfall       Aufstoßen/Blähungen       allergischer Schock

13. War jemals eine notfallmäßige Behandlung wegen akuter allergischer Reaktion (Anaphylaxie) nötig?  
 ja       nein

14. Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt?  nein       Hauttest       Bluttest  
Wann und wo? \_\_\_\_\_  
Was wurde positiv getestet? \_\_\_\_\_

15. Wurde schon eine spezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierungsbehandlung begonnen/durchgeführt?  
 nein       ja, mit Spritzen       ja, mit Tropfen/Tabletten  
Welches Präparat? \_\_\_\_\_  
Zeitraum: \_\_\_\_\_  
Wie gut geholfen?  sehr gut       gut       mäßig       gar nicht

16. Wurden bereits Maßnahmen zur Hausstaubmilbenreduktion umgesetzt (z.B. Spezialbettbezüge, Staubreduktion)?  ja       nein       nicht nötig

17. Welche Medikamente wurden zur Beschwerdelinderung bereits eingesetzt?  
(gut geholfen: + /mäßig geholfen: o / nicht geholfen: -)  
 Tabletten/ Saft , welche? \_\_\_\_\_  
 Augentropfen , welche? \_\_\_\_\_  
 Nasenspray, welches? \_\_\_\_\_  
 Asthmaspray, welches? \_\_\_\_\_

18. Wurde in den letzten 2 Wochen ein Medikament eingesetzt?  nein       ja, welches? \_\_\_\_\_

19. Raucht ein Familienmitglied / eine enge Kontaktperson / du selbst?  nein       ja, wer? \_\_\_\_\_

20. Haben andere Familienmitglieder Allergien?  
 Asthma (wer?)  
 Allergischer Schnupfen (wer?)  
 Neurodermitis (wer?)  
 Nahrungsmittelallergie (wer?)