

Fragebogen zur Allergiediagnostik

Kommen in der Familie Asthma, Neurodermitis oder Heuschnupfen vor?

o Nein _____ o Ja, Details _____

Bestehen Unverträglichkeiten gegenüber bestimmten Medikamenten?

o Nein _____ o Ja, gegen _____

Wurde bei Ihnen jemals eine Allergie festgestellt?

o Nein _____ o Ja, gegen _____

Wann Wurde zuletzt ein Test durchgeführt? _____ Von wem? _____

Wie oft leiden Sie im laufe eines Jahres unter folgenden Beschwerden? (bitte ankreuzen)

	nie	ab und zu	oft
Nasenjucken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niesreiz, Niesanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laufende Nase, Fließschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstopfte Nase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Juckende, brennende, gerötete Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind diese Beschwerden besonders häufig oder stark? (bitte ankreuzen)

	ja	nein
... im Frühling oder Sommer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wenn Sie in der Nähe von Tieren sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... in der Nacht, wenn Sie im Bett liegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wenn Sie bestimmte Nahrungsmittel essen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wenn Sie bestimmte Medikamente einnehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wurde bei Ihnen schon einmal u.g. Allergien durch einen Arzt festgestellt? (bitte ankreuzen)

	ja	nein
Milben/Hausstaubmilben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gräser/Bäume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schimmelpilze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tierhaare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche:		

Datum:

Unterschrift: