

# Allergie-Fragebogen für Erwachsene

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

Die Ursache Ihrer derzeitigen Beschwerden könnte eine Allergie sein. Mit Hilfe der nachfolgenden Fragen wollen wir versuchen, dies zu klären. Bitte lesen Sie sich den Bogen in Ruhe durch, und beantworten Sie möglichst alle Fragen genau. Sie helfen damit von sich aus, eventuelle allergische Ursachen Ihrer Beschwerden zu entdecken.

|          |          |            |
|----------|----------|------------|
| Name:    | Vorname: | Geb.-Dat.: |
| Wohnort: |          | Straße:    |
| Tel.:    |          | Beruf:     |

Bitte zutreffendes beantworten bzw. ankreuzen!

| 1. Beschwerden:  | seit wann | zeitweise                | dauernd                  | nein                     |
|--|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wann haben Ihre derzeitigen Beschwerden begonnen und wie äußern sie sich? Als:   |           |                          |                          |                          |
| Dauerschnupfen <input type="checkbox"/> Niesanfälle <input type="checkbox"/> verstopfte Nase <input type="checkbox"/>  | .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Augenrötung <input type="checkbox"/> mit Tränenfluss <input type="checkbox"/>  | .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Husten <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> Atembeschwerden <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Atemnot bei Anstrengung <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> | .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwellungen im Gesicht (Augenpartie/Lippen) <input type="checkbox"/> Juckreiz im Mund und Rachen <input type="checkbox"/>   | .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautjucken <input type="checkbox"/> Nesselsucht <input type="checkbox"/> Hautausschläge <input type="checkbox"/>   | .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magen-/Darmstörungen (Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle, krampfartige Schmerzen) <input type="checkbox"/>  | .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 2. Wann und wo treten Ihre Beschwerden auf:            | dauernd                  | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Das ganze Jahr hindurch unabhängig von der Jahreszeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu bestimmten Jahreszeiten (welche)? .....             |                          |                          |
| Unabhängig von der Tageszeit?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu bestimmten Tageszeiten (welche)? .....              |                          |                          |
| Speziell in der eigenen Wohnung schlechter?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In welchen Räumen? .....                               |                          |                          |
| Am Arbeitsplatz besser oder schlechter? .....          |                          |                          |

| Fortsetzung zu 2.   | nein                     | ja                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| In Räumen mit Klimaanlage schlechter?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei Freunden, Verwandten schlechter?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beim Bettenmachen schlechter?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei starker Staubentwicklung schlechter?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mit Beginn der Heizperiode schlechter?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beim Rasenmähen schlechter?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auf Wiesen oder Getreidefeldern schlechter?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In der Nähe von Heu oder Stroh schlechter?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei trockenem Wetter schlechter?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei feuchtem Wetter schlechter?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beim Reinigen von Tierkäfigen/Ställen schlechter?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beim Tragen von bestimmten Kleidungsstücken schlechter?<br>Pelz <input type="checkbox"/> Wolle <input type="checkbox"/> Kunstfaser <input type="checkbox"/> Baumwolle <input type="checkbox"/> Haushaltshandschuhe <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durch scharfe Gerüche Sprays Rauch?<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wird in Ihrer Wohnung/am Arbeitsplatz geraucht?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? Seit/bis wann? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Treten nach Insektenstichen (z.B. Biene, Wespe) oder -bissen (z.B. Mücke, Floh) vermehrt Schwellungen, Rötungen, anhaltendes Jucken, Atemnot oder ähnliches auf? nein  ja

4. Ist Ihnen bekannt, ob bei Ihren Blutsverwandten folgende Beschwerden aufgetreten sind: nein  ja

|  |  |   |                                     |                                       |                                |
|--|--|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| wenn ja, Heuschnupfen <input type="checkbox"/>         | häufige Bindehautentzündungen oder Husten <input type="checkbox"/> | Asthma <input type="checkbox"/>                             | Migräne <input type="checkbox"/>    | Nesselfieber <input type="checkbox"/> | Ekzem <input type="checkbox"/> |
| chron. Magen-/Darmbeschwerden <input type="checkbox"/> | Nahrungsmittelunverträglichkeiten <input type="checkbox"/>         | Arzneimittelüberempfindlichkeiten? <input type="checkbox"/> |                                     |                                       |                                |
| Mutter <input type="checkbox"/>                        | Vater <input type="checkbox"/>                                     | Geschwister <input type="checkbox"/>                        | Großeltern <input type="checkbox"/> |                                       |                                |

| 5. Haben Sie bisher unter folgenden Erkrankungen gelitten:     | seit wann   | zeitweise                | dauernd                  | nein                     |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Häufige Erkältungen<br><input type="checkbox"/>                | .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Halsentzündungen<br><input type="checkbox"/>                   | .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kiefer- und Stirnhöhlenvereiterung<br><input type="checkbox"/> | operiert: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Fortsetzung zu 5.   |  |  |                                    | seit wann | zeitweise                | dauernd                  | nein                     |
|---|--|--|------------------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nasenpolypen<br><input type="checkbox"/>  | operiert: nein<br><input type="checkbox"/>       | ja<br><input type="checkbox"/>                   |                                    | .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hauterkrankungen wie Milchschorf<br><input type="checkbox"/>  | Nesselfieber<br><input type="checkbox"/>         | Ekzem<br><input type="checkbox"/>                |                                    | .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bronchitis<br><input type="checkbox"/>  | Lungenentzündung<br><input type="checkbox"/>     | Rippenfellentzündung<br><input type="checkbox"/> | Asthma<br><input type="checkbox"/> | .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kopfschmerzen<br><input type="checkbox"/>   | Migräne<br><input type="checkbox"/>              |  |                                    | .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwindelzustände<br><input type="checkbox"/>   | Kreislaufbeschwerden<br><input type="checkbox"/> |  |                                    | .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurmerkrankungen<br><input type="checkbox"/>  | Welche?<br>.....                                 |  |                                    | .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist bereits eine Arzneimittelallergie (Unverträglichkeit) festgestellt worden? (z.B. Penicillin, Schmerzmittel) |  |  |                                    | .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche Beschwerden traten in diesem Zusammenhang auf?<br>.....<br>.....   |  |  |                                    |           |                          |                          |                          |
| Welche Medikamente nehmen Sie laufend ein?<br>.....<br>.....  |  |  |                                    |           |                          |                          |                          |

| 6. Besitzen Sie Haustiere oder zu welchen Tieren haben Sie ständig Kontakt? |   |                                     |  |
|---|---|-------------------------------------|--|
| Hund<br><input type="checkbox"/>  | Wellensittich<br><input type="checkbox"/> | Rind<br><input type="checkbox"/>    | Zierfische<br><input type="checkbox"/>             |
| Katze<br><input type="checkbox"/>   | Kanarienvogel<br><input type="checkbox"/> | Pferd<br><input type="checkbox"/>   | Maus<br><input type="checkbox"/>                   |
| Meerschweinchen<br><input type="checkbox"/>                                 | Papagei<br><input type="checkbox"/>       | Schaf<br><input type="checkbox"/>   | Ratte<br><input type="checkbox"/>                  |
| Goldhamster<br><input type="checkbox"/>                                     | Tauben<br><input type="checkbox"/>        | Ziege<br><input type="checkbox"/>   | Chinchilla (Heimzucht)<br><input type="checkbox"/> |
| Kaninchen<br><input type="checkbox"/>                                       | Geflügel<br><input type="checkbox"/>      | Schwein<br><input type="checkbox"/> | Exotische Katzen<br><input type="checkbox"/>       |

| 7. Persönliches Milieu:                          |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Wo wohnen Sie:                                   |  |  |  |
| In der Großstadt<br><input type="checkbox"/>     | Vorort oder Kleinstadt<br><input type="checkbox"/> | Auf dem Lande<br><input type="checkbox"/>  | Im Industriegebiet<br><input type="checkbox"/> |
| Im Altbau<br><input type="checkbox"/>            | Im Neubau<br><input type="checkbox"/>              | Im Bauernhaus<br><input type="checkbox"/>  |  |
| Ist Ihre Wohnung:                                | feucht<br><input type="checkbox"/>                 | sonnig/trocken<br><input type="checkbox"/> |  |
| Beobachten Sie in der Wohnung/Haus Stockflecken? | nein<br><input type="checkbox"/>                   | ja<br><input type="checkbox"/>             | wo? .....                                      |
| Haben Sie in der Wohnung viele Zimmerpflanzen?   | nein<br><input type="checkbox"/>                   | ja<br><input type="checkbox"/>             | wo? .....                                      |
| Viele Teppiche<br><input type="checkbox"/>       | Felle<br><input type="checkbox"/>                  | Teppichböden?<br><input type="checkbox"/>  |  |

Fortsetzung zu 7.

Schlafzimmer:

Ist Ihre Matratze aus: Rosshaar  Kapok  Seegras  Schaumstoff  Sonstiges  woraus? .....

Ihre Bettdecke aus: Federn  Daunen  Kunstfaser  Seide  Wolle

Ihre Kopfkissen aus: Federn  Schaumstoff  Kunstfaser

Nutzen Sie Ihr Schlafzimmer tagsüber? nein  ja

Haben Sie besondere Hobbies? Tierzucht  Imkerei  Reiten  Heimwerken  sonstige .....

Welchen Beruf üben Sie aus und seit wann? .....

Welche Tätigkeiten haben Sie früher ausgeübt? .....

8. Verstärken sich Ihre Beschwerden nach dem Genuss von:

|                                       |  |                                     |  |                                    |   |                                      |  |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| Säften <input type="checkbox"/>       | Nüssen <input type="checkbox"/>        | Äpfeln <input type="checkbox"/>     | Kirschen <input type="checkbox"/>        | Bananen <input type="checkbox"/>   | Ananas <input type="checkbox"/>             | Pflirsichen <input type="checkbox"/> | Erdbeeren <input type="checkbox"/>     |
| Kartoffeln <input type="checkbox"/>   | Tomaten <input type="checkbox"/>       | Zwiebeln <input type="checkbox"/>   | Kohlarten <input type="checkbox"/>       | Sellerie <input type="checkbox"/>  | Karotten <input type="checkbox"/>           | Paprika <input type="checkbox"/>     | Erbsen <input type="checkbox"/>        |
| Bohnen <input type="checkbox"/>       | Linsen <input type="checkbox"/>        | Brot <input type="checkbox"/>       | Weizengebäck <input type="checkbox"/>    | Honig <input type="checkbox"/>     | Milch <input type="checkbox"/>              | Schokolade <input type="checkbox"/>  | Kakao <input type="checkbox"/>         |
| Käse <input type="checkbox"/>         | Majonäse <input type="checkbox"/>      | Ketschup <input type="checkbox"/>   | Gewürzen <input type="checkbox"/>        | Bier <input type="checkbox"/>      | Weißwein <input type="checkbox"/>           | Sekt <input type="checkbox"/>        | Rotwein <input type="checkbox"/>       |
| Tonicwasser <input type="checkbox"/>  | Konservenkost <input type="checkbox"/> | Dosenfisch <input type="checkbox"/> | Fertiggerichten <input type="checkbox"/> | Nougat <input type="checkbox"/>    | Fleisch <input type="checkbox"/>            | Wurst <input type="checkbox"/>       | Kräutertees <input type="checkbox"/>   |
| Marzipan <input type="checkbox"/>     | Fisch <input type="checkbox"/>         | Muscheln <input type="checkbox"/>   | Pizza <input type="checkbox"/>           | Knoblauch <input type="checkbox"/> | Roggen-/Weizenmehl <input type="checkbox"/> | Soja <input type="checkbox"/>        | andere Körner <input type="checkbox"/> |
| Schalentiere <input type="checkbox"/> | Pistazien <input type="checkbox"/>     | andere Lebensmittel .....           |  |                                    |   |                                      |  |

Haben Sie eine Abneigung gegen bestimmte Speisen und Getränke (welche)? .....

|                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|

Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt? nein  ja

Wann ..... Wo ..... Ergebnis .....

Wurde bereits eine spezifische Hyposensibilisierung durchgeführt? nein  ja

Wann ..... Wie lange .....

Wo bzw. von wem .....

Welches Präparat ..... Welche Flasche .....

Welches Allergen ..... Wie vertragen sich .....

Bemerkungen: