



## Allergie-Anamnesebogen

### Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre Beschwerden können möglicherweise auf eine Allergie zurückgeführt werden. Mit diesem Fragebogen wollen wir typische Symptome systematisch erfassen und so Aufschluss über die genaue Diagnose gewinnen.

Dieser Fragebogen wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

#### Symptome

Welche Beschwerden sind der Grund für die Untersuchung?

---

---

#### Leiden oder litten Sie unter ...

- |                             |                          |                            |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Augenjucken                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Augenbrennen                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nasenjucken                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nasenbrennen                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Mundjucken                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Mundbrennen                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Niesen                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Beklemmungen in der Brust   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Reizhusten                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Atemnot                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| laufender Nase              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| schnelle Ermüdung           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sodbrennen                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| beeinträchtigte Nasenatmung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Bauchgrummeln               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schnarchen                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

#### An welchen Orten verstärken sich die Beschwerden?

- |  |                                      |                                    |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Wiese                  | <input type="radio"/> Wald           | <input type="radio"/> Arbeitsplatz |
| <input type="radio"/> Schule / Kindergarten  | <input type="radio"/> Zoo / Zirkus   |                                    |
| <input type="radio"/> Wohnung / Schlafzimmer | <input type="radio"/> ortsunabhängig |                                    |
| <input type="radio"/> Sonstiges              |                                      |                                    |
- 

#### Wann treten die Beschwerden verstärkt auf?

- ganzjährig gleichbleibend  
 ganzjährig, jedoch besonders in folgenden Monaten
- 

- nur zu folgenden Jahreszeiten
- 

#### Haben Sie Kontakt zu Tieren?

- ja       nein      Wenn ja, zu welchen?
- 

#### Liegen Überempfindlichkeiten gegen Insektenstiche vor?

- ja       nein      Wenn ja, gegen welche?
- 

#### Liegen Unverträglichkeiten gegen Nahrungsmittel vor?

- ja       nein      Wenn ja, gegen welche?
- 

#### Beobachten Sie Hautreaktionen oder -jucken, z.B. bei Kontakt mit bestimmten Stoffen / Materialien?

- ja       nein      Wenn ja, gegen welche?
- 

#### Liegen Überempfindlichkeiten gegen Medikamente vor?

- ja       nein      Wenn ja, gegen welche?
- 

#### Fragen / Anmerkungen

---

---

---

---

---

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_