



## Fragen zur Diagnose allergischer Erkrankungen

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

Dieser Fragebogen dient der Aufdeckung und Eingrenzung einer möglichen allergischen Erkrankung. Sie sollten ihn in Ruhe durchlesen und sorgfältig beantworten. Wenn nicht Sie, sondern Ihr Kind Patient ist, gelten die Fragen dem Befinden und persönlichen Umfeld Ihres Kindes.

### Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

- Augenjucken/-brennen/-tränen       Heuschnupfen       Dauerschnupfen
- Hautauschlag, Ekzem, Nesselsucht       Häufiger Husten
- Asthma, Atemnot - Falls ja, wie oft haben Sie Luftnot:
- Atemnot- oder Asthmaanfälle an den meisten Tagen und Nächten des Jahres
  - Atemnot- oder Asthmaanfälle mehr als 1x pro Woche tagsüber oder in mehr als zwei Nächten pro Monat
  - Atemnot- oder Asthmaanfälle höchstens 1x in der Woche tagsüber oder in höchstens 2 Nächten pro Monat
  - Atemnot nur bei körperlicher Belastung

### Wann/ Wo treten Ihre Beschwerden auf?

- Das ganze Jahr hindurch gleichbleibend       Im Freien       In Innenräumen       Im Bett
- Nur zu bestimmten Jahreszeiten:

(bitte kreuzen Sie an und vermerken den Schweregrad **1** (leicht), **2** (mäßig) oder **3** (schwer) Ihrer Beschwerden)

| Jan. | Feb. | März | April | Mai | Juni | Juli | Aug. | Sept. | Okt. | Nov. | Dez. |
|------|------|------|-------|-----|------|------|------|-------|------|------|------|
|      |      |      |       |     |      |      |      |       |      |      |      |

- Das ganze Jahr und verstärkt zu bestimmten Jahreszeiten:

(bitte kreuzen Sie an und vermerken den Schweregrad **1** (leicht), **2** (mäßig) oder **3** (schwer) Ihrer Beschwerden)

| Jan. | Feb. | März | April | Mai | Juni | Juli | Aug. | Sept. | Okt. | Nov. | Dez. |
|------|------|------|-------|-----|------|------|------|-------|------|------|------|
|      |      |      |       |     |      |      |      |       |      |      |      |

**Auf der Rückseite geht es weiter...**



Bei bestimmten Tätigkeiten  
(Arbeit, Hobby, Hausarbeit...)

Bei welchen? \_\_\_\_\_

Bei Kontakt mit Tieren

Bei welchen? \_\_\_\_\_

Halten Sie Tiere oder haben Sie  
häufig Kontakt mit Tieren?

Welche? \_\_\_\_\_

Wie lange haben Sie die  
Beschwerden schon?

Bei welchen? \_\_\_\_\_

**Bestehen noch andere Erkrankungen?**     nein     ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente?**     nein     ja, welche? \_\_\_\_\_  
(Falls ja, bitte alle eintragen)

**Rauchen Sie?**     nein     ja

**Sind bei nahen Blutsverwandten Allergien, Heuschnupfen oder Asthma bekannt?**     nein     ja

**Sie Sie schwanger?**     nein     ja

**Planen Sie in nächster Zeit schwanger zu werden?**     nein     ja

**Können Sie bereits Dinge in Ihrer Umgebung  
benennen, auf die Sie möglicherweise allergisch  
reagieren?**     ja, welche? \_\_\_\_\_

**Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?**     nein     ja, welche? \_\_\_\_\_

**Gibt es Lebensmittel, die Sie nicht vertragen?**     nein     ja, welche? \_\_\_\_\_

**Ist eine Insektenallergie bekannt?**     nein     ja, welche? \_\_\_\_\_

**Wurde bei Ihnen bereits ein Allergietest durchgeführt?**     nein     ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Allergiepass?**     nein     ja – Legen Sie ihn bitte zusammen mit dem Fragebogen dem Arzt vor.

**Wurde bereits eine Hyposensibilisierung  
durchgeführt?**     nein     ja – Mit welchen Allergenen? \_\_\_\_\_

Wann und wie lange?    Präparatnamen:     mit Spritzen     mit Tropfen     mit Tabletten

**Hat diese zu einer Besserung geführt?**     Ja, gut     mäßig     Nicht zufriedenstellend

**Mit Nebenwirkungen?**     nein     ja, welche? \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mühe! Sollten Ihnen weitere Aspekte eingefallen sein, die Ihre Beschwerden beeinflussen könnten oder zur Klärung einer Allergie beitragen, so sprechen Sie Herrn Dr. Benzke darauf an.