



# ALLERGIEFRAGEBOGEN

Nach Prof. Dr. Randolph Brehler

Datum \_\_\_\_\_

## PATIENTENANGABEN

Name \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_ ☐ Männlich ☐ Weiblich  
Vorname \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Haustiere \_\_\_\_\_ Wohnumgebung ☐ Städtisch ☐ Ländlich  
☐ Neubau ☐ Altbau

## SYMPTOMBESCHREIBUNG

Welche der folgenden allergischen Symptome treten auf? (bitte alle zutreffenden ankreuzen)

| NASE                                     | AUGEN                                  | LUNGE                                                                                                | VERSTÄRKT DURCH                      |
|------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nasenjucken     | <input type="checkbox"/> Augenjucken   | <input type="checkbox"/> chronischer Husten                                                          | <input type="checkbox"/> Anstrengung |
| <input type="checkbox"/> Nasenlaufen     | <input type="checkbox"/> Augentränen   | <input type="checkbox"/> Luftnot                                                                     | <input type="checkbox"/> Kältereize  |
| <input type="checkbox"/> verstopfte Nase | <input type="checkbox"/> Augenrötung   | <input type="checkbox"/> pfeifende Atmung                                                            | <input type="checkbox"/> Gerüche     |
| <input type="checkbox"/> Niesen          | <input type="checkbox"/> Lidschwellung | <input type="checkbox"/> Asthma derzeit an _____ Tagen/Woche                                         |                                      |
|                                          |                                        | <input type="checkbox"/> Nächtliches Erwachen wegen Lungenbeschwerden derzeit in _____ Nächten/Woche |                                      |

Wann treten Symptome auf?

☐ Saisonal (während bestimmter Monate) ☐ Perennial (ganzjährig) ☐ Anfallsweise

In welchen Monaten treten die Beschwerden auf?

(Bitte markieren Sie zusätzlich die Monate in denen die Symptome am stärksten sind)

| JAN                      | FEB                      | MÄR                      | APR                      | MAI                      | JUN                      | JUL                      | AUG                      | SEP                      | OKT                      | NOV                      | DEZ                      |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie lange bestehen die Symptome?

• Mehr als 4 Tage pro Woche: ☐ Ja ☐ Nein  
• Mehr als 4 aufeinanderfolgende Wochen: ☐ Ja ☐ Nein

Wie sehr beeinträchtigen die Symptome Ihre Alltags-Aktivitäten wenn Sie keine Medikamente nehmen?

☐ Gar nicht ☐ Geringfügig ☐ Mäßig ☐ Stark

Beeinträchtigen die Symptome Ihren Schlaf? ☐ Ja ☐ Nein

## TRIGGERFAKTOREN

Treten die Symptome vermehrt an bestimmten Orten auf?

☐ In Innenräumen ☐ Im Freien ☐ Zu Hause ☐ Bei der Arbeit ☐ In der Schule ☐ Andere Orte: \_\_\_\_\_

Treten die Symptome vermehrt zu bestimmten Tageszeiten auf?

☐ Morgens ☐ Nachmittags ☐ Abends ☐ Nachts ☐ Ganztägig

WERDEN IHRE SYMPTOME VERSCHLIMMERT DURCH:

|                                                        |                                                    |                 |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Aufenthalt im Freien          | <input type="checkbox"/> Staubige Umgebung         | Andere Trigger: |
| <input type="checkbox"/> Im Bett liegen                | <input type="checkbox"/> Smog oder Umwelteinflüsse |                 |
| <input type="checkbox"/> Feuchte Räume                 | <input type="checkbox"/> Gerüche                   |                 |
| <input type="checkbox"/> Kontakt zu Tieren/Haustieren: | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel:           |                 |

## PATIENTENHISTORIE

### Leiden Sie unter:

- Neurodermitis (Beugenekzemen)? ☐ Ja ☐ Nein  
 Urtikaria (Nesselsucht)? ☐ Ja ☐ Nein  
 Lebensmittelallergien? ☐ Ja ☐ Nein  
☐ Juckreiz/Kratzen im Mund und Hals ☐ Bauchschmerzen  
☐ Übelkeit und Erbrechen ☐ Durchfall ☐ Aufstoßen oder Blähungen ☐ Schock  
 Andere Symptome: \_\_\_\_\_

### Wurden Sie wegen akuter allergischer Reaktionen (Anaphylaxie) schon einmal notfallmäßig behandelt?

- ☐ Ja ☐ Nein

### Wurde bei Ihnen zur Allergiediagnostik ein ☐ Hauttest oder ☐ Bluttest durchgeführt?

Wenn ja, wann wurde der Test durchgeführt: \_\_\_\_\_  
 Folgende Allergene wurden positiv getestet: \_\_\_\_\_

### Haben Sie bereits eine spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierung) erhalten?

- ☐ Nein ☐ Ja mit Spritzen ☐ Ja mit Tropfen/Tabletten

Wenn ja, mit folgenden Allergenen: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Bitte nennen Sie das Präparat: \_\_\_\_\_

Wie gut hat die Therapie geholfen? ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Mäßig ☐ Gar nicht

## ARZNEIMITTELANAMNESE

### Welche Medikamente haben Sie zur Besserung Ihrer allergischen Beschwerden bisher angewendet?

| ANWENDUNGSART              | ARZNEIMITTEL                                                                                                      | HÄUFIGKEIT                                                              |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Tabletten                  | <input type="checkbox"/> Antihistaminika <input type="checkbox"/> Kortison <input type="checkbox"/> Andere: _____ | <input type="checkbox"/> Bei Bedarf <input type="checkbox"/> Regelmäßig |
| Spray/Tropfen für die Nase | <input type="checkbox"/> Antihistaminika <input type="checkbox"/> Kortison <input type="checkbox"/> Andere: _____ | <input type="checkbox"/> Bei Bedarf <input type="checkbox"/> Regelmäßig |
| Tropfen für die Augen      | <input type="checkbox"/> Antihistaminika <input type="checkbox"/> Kortison <input type="checkbox"/> Andere: _____ | <input type="checkbox"/> Bei Bedarf <input type="checkbox"/> Regelmäßig |
| Spray für die Lunge        | <input type="checkbox"/> Betamimetika <input type="checkbox"/> Kortison <input type="checkbox"/> Andere: _____    | <input type="checkbox"/> Bei Bedarf <input type="checkbox"/> Regelmäßig |

### Welche Medikamente nehmen Sie derzeit? \_\_\_\_\_

## RAUCHERANAMNESE

### Rauchen Sie?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ich habe früher geraucht (bis \_\_\_\_\_ über \_\_\_\_\_ Jahre)  
 Wenn ja: Wieviele Zigaretten rauchen Sie/haben Sie pro Tag geraucht? \_\_\_\_\_

## FAMILIENANAMNESE

### Haben andere Familienmitglieder Allergien? (bitte ankreuzen)

|                        | ELTERN                   | GESCHWISTER ANZAHL ____  | KINDER ANZAHL ____       |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Asthma                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergischer Schnupfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neurodermitis          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsmittelallergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |