



Kommt es zu einer Besserung oder einer Verschlechterung der Beschwerden...

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|---|---|
| ...im Freien? | <input type="checkbox"/> Besserung | <input type="checkbox"/> Verschlechterung | <input type="checkbox"/> Keine Änderung |
| ...in der Wohnung? | <input type="checkbox"/> Besserung | <input type="checkbox"/> Verschlechterung | <input type="checkbox"/> Keine Änderung |
| ...im Keller/auf dem Dachboden? | <input type="checkbox"/> Besserung | <input type="checkbox"/> Verschlechterung | <input type="checkbox"/> Keine Änderung |
| ...am Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> Besserung | <input type="checkbox"/> Verschlechterung | <input type="checkbox"/> Keine Änderung |
| ...am Wochenende | <input type="checkbox"/> Besserung | <input type="checkbox"/> Verschlechterung | <input type="checkbox"/> Keine Änderung |
| ...im Urlaub | <input type="checkbox"/> Besserung | <input type="checkbox"/> Verschlechterung | <input type="checkbox"/> Keine Änderung |
| ...Sonstiges: _____ | <input type="checkbox"/> Besserung | <input type="checkbox"/> Verschlechterung | <input type="checkbox"/> Keine Änderung |

Kam es jemals zu einer schweren allergischen Reaktion (Anaphylaxie)?

- nein, bislang trat keine schwere allergische Reaktion auf
 ja und zwar gegen: _____

Symptome: _____

Wurde bereits in der Vergangenheit eine Allergietestung (Haut, Blut) durchgeführt?

- nein ja _____ Jahr

Liegen die Ergebnisse vor? nein ja

Welche Allergien wurden diagnostiziert?

- Pollenallergie Hausstaubmilbenallergie Schimmelpilzallergie
 Tierhaarallergie Insektengiftallergie Nahrungsmittelallergie
 Reaktion auf Kontrastmittel Medikamentenunverträglichkeit
 Kontaktallergie

Wurde bereits eine spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierung) durchgeführt?

- nein
 ja gegen: _____ oral (SLIT) subkutan (SCIT)
von _____ (Jahr) bis _____ (Jahr)
 vorzeitig beendet wegen: _____

Wie schätzen Sie den Erfolg der durchgeführten spezifischen Immuntherapie ein?

- sehr erfolgreich mäßig erfolgreich nicht erfolgreich

Was machen Sie aktuell beruflich? _____

Sind Sie beruflich Allergenen, Schadstoffen oder Gefahrstoffen ausgesetzt?

- nein ja und zwar gegenüber: _____

Haben Sie in in der Vergangenheit noch andere berufliche Tätigkeiten ausgeübt?

- nein ja und zwar: _____



Waren Sie dabei Allergenen, Schadstoffen oder Gefahrstoffen ausgesetzt?

nein ja und zwar gegenüber: _____

Gehen Sie einem Hobby (mehreren Hobbies) nach?

nein ja und zwar: _____

Sind Sie bzgl. Ihrem Hobby (ihren Hobbies) Allergenen, Schadstoffen oder Gefahrstoffen ausgesetzt?

nein ja und zwar gegenüber: _____

Wie war Ihre Geburt und die Neugeborenenphase?

Geburt erfolgte termingerecht

Geburt zu früh (um _____ Wochen zu früh)

Geburtsweg vaginal Kaiserschnitt

Lag eine Zwillingsschwangerschaft vor? nein ja

Ich wurde über _____ Monate gestillt.

Gab es nach der Geburt ausgeprägten Milchschorf? nein ja

Gibt es/gab es allerg. Erkrankungen bei Familienangehörigen?

Vater	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	gegen: _____
Mutter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	gegen: _____
Geschwister	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	gegen: _____
Großeltern (v/m)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	gegen: _____

Haben Sie aktuell oder hatten Sie früher eines/mehrere dieser Haustiere oder bei Freunden/Familienangehörigen Kontakt zu diesen Tieren?

Haben Sie beim Umgang mit dem Tier/den Tieren jemals Symptome bemerkt

Hund	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> Keine Symptomauslösung	<input type="checkbox"/> Symptome	<input type="checkbox"/> Augen	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Lunge/Asthma	<input type="checkbox"/> Haut
Katze	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> Keine Symptomauslösung	<input type="checkbox"/> Symptome	<input type="checkbox"/> Augen	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Lunge/Asthma	<input type="checkbox"/> Haut
Meerschweinchen	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> Keine Symptomauslösung	<input type="checkbox"/> Symptome	<input type="checkbox"/> Augen	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Lunge/Asthma	<input type="checkbox"/> Haut
Hamster	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> Keine Symptomauslösung	<input type="checkbox"/> Symptome	<input type="checkbox"/> Augen	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Lunge/Asthma	<input type="checkbox"/> Haut
Maus/Ratte	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> Keine Symptomauslösung	<input type="checkbox"/> Symptome	<input type="checkbox"/> Augen	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Lunge/Asthma	<input type="checkbox"/> Haut
Kaninchen/Hase	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> Keine Symptomauslösung	<input type="checkbox"/> Symptome	<input type="checkbox"/> Augen	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Lunge/Asthma	<input type="checkbox"/> Haut
Vögel (Wellensittiche, Papageien, Tauben,...)	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> Keine Symptomauslösung	<input type="checkbox"/> Symptome	<input type="checkbox"/> Augen	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Lunge/Asthma	<input type="checkbox"/> Haut
Pferd	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> Keine Symptomauslösung	<input type="checkbox"/> Symptome	<input type="checkbox"/> Augen	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Lunge/Asthma	<input type="checkbox"/> Haut
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> früher	<input type="checkbox"/> Keine Symptomauslösung	<input type="checkbox"/> Symptome	<input type="checkbox"/> Augen	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Lunge/Asthma	<input type="checkbox"/> Haut



Bitte berichten Sie etwas über Ihre Wohnsituation:

- | | | | |
|-------------------|---|--|--|
| Wohnung | <input type="checkbox"/> Neubau | <input type="checkbox"/> Altbau | <input type="checkbox"/> abgehängte Decken |
| | <input type="checkbox"/> trocken | <input type="checkbox"/> feucht | <input type="checkbox"/> Stockflecken |
| Keller | <input type="checkbox"/> trocken | <input type="checkbox"/> feucht | <input type="checkbox"/> muffiger Geruch |
| Bodenbelag | <input type="checkbox"/> glatt/wischbar | <input type="checkbox"/> einzelne Teppiche | <input type="checkbox"/> Teppichboden |
| Matraze | <input type="checkbox"/> Federkern | <input type="checkbox"/> Schaumstoff | <input type="checkbox"/> Latex |
| | <input type="checkbox"/> Rosshaar | <input type="checkbox"/> andere: _____ | |
| Kissen | <input type="checkbox"/> Kunstfaser | <input type="checkbox"/> Schaumstoff | <input type="checkbox"/> Rosshaar |
| | <input type="checkbox"/> Federn/Daune | <input type="checkbox"/> Wolle | |
| Decke | <input type="checkbox"/> Kunstfaser | <input type="checkbox"/> Schaumstoff | <input type="checkbox"/> Rosshaar |
| | <input type="checkbox"/> Federn/Daune | <input type="checkbox"/> Wolle | <input type="checkbox"/> Seide |

Benutzen Sie allergiedichte Bettbezüge (sog. Encasings)? nein ja

Sofa Stoffbezug Leder/Kunstleder

Sind Zimmerpflanzen vorhanden? nein ja

Zimmerpflanzen an der Arbeitsstelle? nein ja

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nehmen Sie gelegentlich eines der aufgeführten Medikamente oder haben dieses in der Vergangenheit bereits eingenommen? Gab es Symptome?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| Acetylsalicylsäure
(z. B. ASS, Aspirin) | <input type="checkbox"/> noch nie
genommen | <input type="checkbox"/> genommen und
vertragen | <input type="checkbox"/> genommen und Symptome
entwickelt _____ |
| Diclofenac
(z. B. Voltaren) | <input type="checkbox"/> noch nie
genommen | <input type="checkbox"/> genommen und
vertragen | <input type="checkbox"/> genommen und Symptome
entwickelt _____ |
| Ibuprofen | <input type="checkbox"/> noch nie
genommen | <input type="checkbox"/> genommen und
vertragen | <input type="checkbox"/> genommen und Symptome
entwickelt _____ |
| Metamizol
(z. B. Novaminsulfon, Novalgin) | <input type="checkbox"/> noch nie
genommen | <input type="checkbox"/> genommen und
vertragen | <input type="checkbox"/> genommen und Symptome
entwickelt _____ |
| Paracetamol
(z. B. Benuron) | <input type="checkbox"/> noch nie
genommen | <input type="checkbox"/> genommen und
vertragen | <input type="checkbox"/> genommen und Symptome
entwickelt _____ |

Ich ernähre mich:

ohne besondere Kostform (Normalkost)

vegetarisch vegan

glutenarm glutenfrei Sonstiges: _____