



Name, Vorname: _____

Geb.dat.: _____

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Sollten in der Vergangenheit Allergietests durchgeführt worden sein, bitten wir Sie, diesem dem Fragebogen beizufügen.

Sind bei Ihnen, oder waren in der Vergangenheit, allerg. Beschwerden vorhanden?

	Nicht bekannt	Vorhanden	Früher gehabt
Allerg. Augenentzündung (Konjunktivitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allerg. Nasenbeschwerden (Rhinitis, „Heuschnupfen“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stockschnupfen <input type="checkbox"/> Fließschnupfen <input type="checkbox"/> Niesattacken			
Allerg. Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allerg. Hauterscheinungen			
<input type="checkbox"/> Atopisches Ekzem („Neurodermitis“)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nesselsucht (Urtikaria)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Starke Schwellungen Augenlider, Lippen, Zunge, Rachen (Angioödem)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unverträglichkeit Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(wenn früher oder aktuell vorliegend, bitte auch unseren <u>Anamnesebogen Nahrungsmittel</u> ausfüllen)			
Unverträglichkeit Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche: _____			
Allergie auf Stiche von Biene oder Wespe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (sehr) starke Lokalreaktion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Syst. Reaktion z. B. mit Kreislauf, Atmung,...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reaktion auf Röntgenkontrastmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CT-Kontrastmittel <input type="checkbox"/> MRT-Kontrastmittel			
Reaktion auf latexhaltige Materialien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(z. B. Luftballons, Gummibälle, Wärmflasche, Haushaltshandschuhe, Kondome,...)			
Kontaktallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gegen: _____

Wann treten die Beschwerden auf:

- Beschwerden sind keiner bestimmten Jahreszeit zuzuordnen
- nur saisonal von _____ (Monat) bis _____ (Monat)
- ganzjährig mit Verschlimmerung von _____ bis _____
- ganzjährig gleich
- nur in bestimmten Situationen: _____

Treten die Beschwerden nur in Verbindung mit anderen Faktoren auf oder werden die Beschwerden durch diese Faktoren verstärkt?

- Nein, keine Auslösung/Verstärkung durch einen der unten angeführten Faktoren
- Ja, Auslösung/Verstärkung durch Sport Alkohol Einnahme von Schmerztabletten
 Stress Hormone (z. B. Zyklus, Pille)



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

Positive Reaktionen auf: _____

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 Zwillingschwangerschaft 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 selbst eines oder mehrere dieser Haustiere oder Kontakt zu diesen Tieren bei Freunden/Familienangehörigen?

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

Tier	Aktuell als Haustier	aktuell Kontakt	Früher Kontakt gehabt	keine Symptome bei Kontakt	Symptome bei Kontakt
Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Lunge/Asthma <input type="checkbox"/> Haut
Katze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Lunge/Asthma <input type="checkbox"/> Haut
Meerschweinchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Lunge/Asthma <input type="checkbox"/> Haut
Hamster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Lunge/Asthma <input type="checkbox"/> Haut
Maus/Ratte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Lunge/Asthma <input type="checkbox"/> Haut
Kaninchen/Hase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Lunge/Asthma <input type="checkbox"/> Haut
Vögel (Wellensittiche, Papageien, Tauben,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Lunge/Asthma <input type="checkbox"/> Haut
Pferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Lunge/Asthma <input type="checkbox"/> Haut
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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: _____ | |
| Bettkissen | <input type="checkbox"/> Kunstfaser | <input type="checkbox"/> Schaumstoff | <input type="checkbox"/> Rosshaar |
| | <input type="checkbox"/> Federn/Daune | <input type="checkbox"/> Wolle | |
| Bettdecke | <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 vorhanden mit... Stoffbezug Leder/Kunstleder

Sind Zimmerpflanzen vorhanden? nein ja

Zimmerpflanzen an der Arbeitsstelle? nein ja

Hat Ihr Staubsauger einen HEPA-Feinstaubfilter? nein ja

Gibt es schwere, dicke Stoffvorhänge? 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: _____