HNO-Praxis an der Oper
Dr. med. Rosemarie Neumann
Dr. med. Stefan Tesche
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Dammtorstraße 27, 20354 Hamburg

FRAGEBOGEN

Allergie-Anamnese-Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei allergischen Erkrankungen reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe, die meist in der Umgebung zu finden sind. Um zu erkennen, ob eine Krankheit allergisch bedingt ist und welche Stoffe dabei beteiligt sind, benötigt Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt möglichst genaue Angaben über Ihre Umgebung, den Krankheitsverlauf und die Beschwerden.

Bitte lesen Sie den folgenden Fragebogen zuerst in Ruhe durch und füllen Sie ihn danach sorgfältig aus. Beachten Sie, dass sich alle Fragen auf Sie als Patientin bzw. Patient beziehen. Bei Ihrem nächsten Praxisbesuch besprechen wir Ihre Angaben ausführlich mit Ihnen.

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Datum _____

Welche Beschwerden führen Sie zur Allergieuntersuchung?

_____

In welchem Alter traten die Beschwerden zum ersten Mal auf?

Mit _____ Jahren

Beruf / Hobbys

Arbeitsplatz _____ Frühere Tätigkeit _____

Hobbys _____

Welche Beschwerden bestehen oder bestanden früher?

- ☐ Milchschorf
- ☐ Nesselausschlag
- ☐ Hautquaddeln
- ☐ Gesichtsschwellung
- ☐ Ekzeme
- ☐ Augentränen
- ☐ Augenjucken
- ☐ Bindehautentzündung
- ☐ Fließschnupfen
- ☐ Niesanfälle
- ☐ Kurzatmigkeit
- ☐ Bronchitis mit Atemnot
- ☐ Bronchitis ohne Atemnot
- ☐ Atemnot
- ☐ Reizhusten
- ☐ Krupphusten
- ☐ Husten nur morgens
- ☐ Husten nur abends
- ☐ Behinderte Nasenatmung
- ☐ Neigung zu Erkältungsschnupfen
- ☐ Magen-Darm-Beschwerden
- ☐ Jucken der Gehörgänge
- ☐ Sonstiges: _____

Haben oder hatten Verwandte allergische Erkrankungen (z. B. Asthma, Heuschnupfen, Hautallergien)? Wenn ja, welche?

_____

Wann treten die Beschwerden auf?

Art der Beschwerden _____ In den Monaten _____

Art der Beschwerden _____ In den Monaten _____

Art der Beschwerden _____ In den Monaten _____

Treten die Beschwerden vorwiegend zu einer bestimmten Tageszeit auf?

☐ Nein, die Beschwerden sind ständig vorhanden

☐ Ja, vorwiegend: ☐ morgens ☐ vormittags ☐ nachmittags ☐ nachts

Wie ist die Beschaffenheit zu Hause?

☐ Altbau ☐ Neubau ☐ Feuchtes Mauerwerk, Stockflecken

☐ Trockene Innenräume ☐ Abgehängte Decken ☐ Bad und WC ohne Fenster

Wie ist die Umgebung zu Hause?

☐ Großstadt ☐ Kleinstadt ☐ Enge Bebauung ☐ Umliegender Park / Garten / Wald

☐ Umliegende Wiesen / Felder ☐ Naheliegende Industrie ☐ Naheliegende Gewässer / Tümpel ☐ Naheliegende Landwirtschaft

An welchen Orten verstärken sich die Beschwerden?

☐ Ortsunabhängig ☐ Zu Hause, wo? _____ ☐ Schule / Kita ☐ Arbeitsplatz

☐ Wiesen / Felder ☐ Wald ☐ Tierstall / Zirkus / Zoo ☐ Wo sonst? _____

Besteht oder bestand Kontakt zu Tieren (z. B. zu Hause, bei Freunden oder Verwandten)?

☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Wie ist die Beschaffenheit Ihrer Matratze?

☐ Rosshaar ☐ Latex ☐ Kapok ☐ Federkern

☐ Schaumstoff ☐ andere: _____

Woraus sind Ihre Bettdecke und Ihr Kopfkissen?

☐ Federn ☐ Wolle ☐ Schaumstoff ☐ Daunen

☐ Seide ☐ Kunstfaser ☐ andere: _____

Benutzen Sie allergendichte Bettbezüge?

☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Welcher Bodenbelag liegt bei Ihnen zu Hause?

☐ Teppich ☐ glatter Bodenbelag (Linoleum / Laminat / Parkett / Fliesen)

Verursachen oder verstärken z. B. Dämpfe, Gerüche oder Staub die Beschwerden?

☐ Hausstaub ☐ Waschmittelstaub ☐ Temperaturwechsel ☐ Mehlstaub
☐ Braten- / Kochdunst ☐ Haar- / Körper- / Farbspray ☐ Heu- / Strohstaub ☐ andere: _____

Besteht gegen bestimmte Nahrungsmittel starke Abneigung oder Unverträglichkeit?

☐ Äpfel ☐ Zitronen ☐ Erdbeeren ☐ Pfirsiche ☐ Tomaten ☐ Erbsen, Linsen
☐ Sellerie ☐ Gewürze ☐ Erdnuss ☐ Soja ☐ Eier ☐ Milch
☐ Käse ☐ Honig ☐ Schokolade ☐ Weizen ☐ Nüsse, welche? _____
☐ Sonstige: _____

Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

☐ Asthma ☐ Lippen-Rachen-Schwellung ☐ Bauchschmerzen ☐ Schnupfen ☐ Migräne
☐ Nesselausschlag ☐ Ekzeme ☐ Erbrechen ☐ Übelkeit ☐ Durchfall
☐ andere: _____

Bestehen Überempfindlichkeiten gegen Medikamente?

☐ Penicillin ☐ Fiebermittel ☐ Beruhigungsmittel
☐ Pflaster ☐ andere Medikamente: _____

Haben Sie eine Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche (Biene, Wespe) beobachtet?

☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Wurde bereits eine Allergieimpfung (Hyposensibilisierung) durchgeführt?

☐ Nein ☐ Ja, von _____ bis _____
☐ mit gutem Erfolg (deutliche Besserung / Heilung)
☐ ohne Erfolg ☐ mit starken Nebenwirkungen: _____
☐ mit Abbruch der Behandlung, Grund: _____

Wurden Medikamente gegen die allergischen Beschwerden eingenommen?

☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Haben Sie bestimmte Dinge abgeschafft?

☐ Federbetten ☐ Matratzen ☐ Teppiche ☐ Tierfelle / Pelzmäntel
☐ Haustiere, welche? _____ ☐ Sonstiges: _____

Wurden Ihre Beschwerden dadurch verbessert?

☐ Ja ☐ Nein ☐ ein wenig

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!