



Ärztehaus Kastanienallee / Lungenpraxis Strausberg

Allergiefragebogen für Neupatienten

Liebe Patient:innen, dieser Fragebogen dient als Ergänzung unseres Anamnesebogens. Sofern Sie wiederholt unter allergischen Beschwerden leiden und / oder Allergien bereits bei Ihnen bekannt sind, möchten wir Sie bitten folgende **zwei Seiten** auszufüllen. Ihre Ärztin / Ihr Arzt wird die Angaben später mit Ihnen durchgehen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Welche allergischen Beschwerden haben Sie?

1

Wann traten die Beschwerden zum ersten Mal auf?

Wo und bei welchen Umständen treten die allergischen Beschwerden auf?

☐ in der Wohnung ☐ im Freien ☐ im Bett

☐ beim Staubsaugen

☐ bei Beginn der Heizperiode ☐ bei Dämpfen und Gerüchen

☐ Sonstiges: _____

Sind die Beschwerden zu einer bestimmten Jahreszeit häufiger?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar (*Zutreffendes bitte ankreuzen*)

☐ Januar – April ☐ April – August

☐ Im ganzen Jahr, vor allem im Sommer

☐ Im ganzen Jahr, vor allem im Winter.

Treten die allergischen Beschwerden nach Tierkontakt auf?

☐ Nein ☐ Ja, bei folgenden Tieren:

Treten die allergischen Beschwerden nach Genuss von Lebensmitteln auf?

☐ Nein ☐ Ja, bei folgenden:

Ist bei Ihnen schon einmal eine Hyposensibilisierung durchgeführt worden?

☐ Nein ☐ ja ☐ Tabletten ☐ Tropfen ☐ Spritzen

Fall ja, wann und wogegen, wie lange:

Wurde die Behandlung vorzeitig beendet / abgebrochen?

☐ Nein ☐ Ja, wegen: _____

Wurden die Beschwerden durch die Behandlung gebessert? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente gegen die allergischen Beschwerden?

☐ Nein

☐ Ja, nur Augen- und / oder Nasentropfen (-sprays)

☐ Ja, und zwar:

☐ **Gruppe 1** = Clemastin (Tavegil®), Dimetinden (Fenistil®), Promethazin (Atosil®)

☐ **Gruppe 2** = Bilastin (Allegra®), Cetirizin (Zyrtec®, Reactine®), Desloratadin (Aerius®, Desselta®, Loranopro®), Ebastin (Ebastek®), Loratadin (Lorano®), Mizolastin (Mizollen®)

☐ **Gruppe 3** = Levocetirizin (Xusal®), Fexofenadin (Telfast®), Rupadatin (Urtimed®, Rupafin®)

Wie oft pro Woche (während der Saison) nutzen Sie das Medikament? _____

Wann wurde bei Ihnen der letzte Allergietest durchgeführt?

☐ Haut-Pricktest: Datum: _____ Praxis: _____

☐ Ergebnis:

☐ Bluttest (RAST): Datum: _____ Praxis: _____

☐ Ergebnis: _____

Datum & Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen < 16. Lebensjahr bitten wir um Unterschrift durch die / den Erziehungsberechtigten.