



ALLERGIE ZENTRUM NEUSIEDL

ANAMNESEBOGEN / Erstbesuch von

Vorname..... Familienname..... Geburtsdatum.....

Erlerner Beruf Derzeitige Tätigkeit / Hobby

1. **WELCHE BESCHWERDEN führen Sie zu uns?** Ich habe Probleme mit ...

- den Augen (Rötung, Jucken, Tränen, Schwellung) der Nase (verstopfte Nase, Niesen, Laufen, Jucken)
 der Lunge (Husten, Atemnot) der Haut (Ausschlag, Juckreiz, Rötung, Schwellung)
 der Verdauung (Blähung, Durchfall, Verstopfung) sonstigem

2. **SEIT WANN haben Sie diese Beschwerden?**

- Seit *wenigen Monaten* Seit **1 - 3 Jahren** Seit **mehr als 3 Jahren**

3. **WANN treten diese Beschwerden üblicherweise auf?**

- ganzjährig nur in bestimmten Monaten (bitte ankreuzen)
 JAN FEB MÄR APR MAI JUN JUL AUG SEP OKT NOV DEZ

4. **Treten diese Beschwerden vorwiegend zu einer BESTIMMTEN TAGESZEIT auf?**

- NEIN**, ist ganz unterschiedlich **JA**, meist (bitte ankreuzen)
 morgens tagsüber nachts nach dem Essen

5. **Gibt es ORTE an denen Sie vermehrt Beschwerden haben?**

- NEIN**, ist ortsunabhängig **JA**, meist im/am (bitte ankreuzen)
 Haus / Wohnung Arbeitsplatz / Schule / Kindergarten
 Wiesen / Felder Keller / Dachboden
 Bett sonstiges.....

6. **Haben Sie Kontakt mit reizenden oder giftigen Substanzen?**

- NEIN** **JA**, mit

7. **Gibt es in Ihrer Bluts-Verwandtschaft (zB Eltern, Geschwister) allergische Erkrankungen?**

- NEIN** **JA**, mein(e) hat/haben eine Allergie

8. **Rauchen Sie (Zigarette, Zigarre, Pfeife)?**

- NEIN** **JA**, ca..... pro Tag **Nein**, aber in unserem Haushalt wird geraucht

9. **Hatten Sie jemals schwerwiegende Reaktionen (zB. Atemnot, Hautausschläge...) im Zusammenhang mit bestimmten Nahrungsmitteln?**

- NEIN** **JA**, nämlich nach Verzehr von

10. Hatten Sie jemals schwerwiegende Probleme im Zusammenhang mit Insektenstichen?

- NEIN JA, nämlich (bitte ankreuzen)
- Reaktionen an der Einstichstelle (>10cm Ø) Ausschlag am ganzen Körper
- Atemnot Kreislaufprobleme andere:.....

11. Haben Sie Haustiere?

- NEIN JA, ich habe

12. Haben Sie nach Kontakt mit Tieren Beschwerden?

- NEIN JA, nämlich

13. Gibt es in Ihrer Wohnung...

- Schimmelbefall NEIN JA
- Zimmerpflanzen (zB Ficus Benjamina) NEIN JA

14. Haben Sie schon einmal einen Allergietest gemacht?

- NEIN (weiter bei Frage 18) JA, vor ca..... Jahren bei(Arzt, Institut)

15. Falls JA, wurden damals Allergien gefunden?

- NEIN JA, nämlich.....

16. Nehmen Sie derzeit Allergie-Medikamente ein?

- NEIN JA, nämlich (bitte ankreuzen)
- Tabletten Augentropfen Nasenspray
- Inhalator Hautcreme andere:.....

17. Ist bei Ihnen eine Immuntherapie (= Allergie-Impfung, Hyposensibilisierung) durchgeführt worden?

- NEIN JA, gegen _____ in den Jahren _____
- Und zwar mit Tropfen / Tabletten Spritzen

18. Leiden Sie an irgendwelchen (nicht allergischen) Erkrankungen (zB Bluthochdruck, Zuckerkrankheit ...)?

- NEIN JA, nämlich.....

19. Nehmen Sie wegen dieser anderen Erkrankungen regelmäßig Medikamente ein?

- NEIN JA, nämlich.....

Für unsere Patientinnen:

- 20. Sind Sie (möglicherweise) schwanger?** NEIN JA

- 21. Stillen Sie?** NEIN JA

Vielen Dank! Bitte nehmen Sie den ausgefüllten Anamnesebogen zum Arztgespräch mit!