

# Anamnesebogen

Allergische Atemweges- Erkrankung

Wer füllt den Fragebogen aus?

Patient selbst  Eltern  Sonstige

Welche Beschwerden haben Sie?

---

---

Wann traten die Beschwerden zum ersten Mal auf?

---

Sind die Beschwerden zu einer bestimmten Jahreszeit häufiger? JA  Nein

WANN? \_\_\_\_\_

Wann treten die Beschwerden auf?

Januar-April

Mai- August

Im ganzen Jahr, vor allem im Sommer  \_\_\_\_\_

Im ganzen Jahr vor allem im Winter  \_\_\_\_\_

Nach Einnahme von Medikamenten  \_\_\_\_\_

Nach Kontakt mit Tieren, welche?  \_\_\_\_\_

Nach Genuss von Obst und/ oder Nüssen  \_\_\_\_\_

Nach Genuss von Nahrungsmitteln , welche ?  \_\_\_\_\_

Wo und bei welchen Umständen treten die Beschwerden auf?

In der Wohnung

Im Freien

Im Bett

Beim Staubsaugen

Bei Beginn der Heizperiode

Bei Dämpfen und Gerüchen

Sonstiges

Welche Beschwerden bestehen oder bestanden früher?

Passende Symptome bitte unterstreichen

Milchschorf

Nesselfieber

Reizhusten

Bindehautentzündung

Gesichtsschwellungen

Magen-Darm-Beschwerden

Kurzatmigkeit

Augentränen

Augenjucken

Krupphusten

Bronchitis mit/ohne Atemnot

Fließschnupfen

Ekzeme

Jucken der Gehörgänge

Neigung zu erkältungsschnupfen

Verhinderte Nasenatmung

Hautquaddeln

Husten nur morgens/nachts

Atemnot

Niesanfalle

Haben Sie Haustiere JA  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Was sind Sie von Beruf?

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? JA  Nein

Ist bei Ihnen schon mal eine Hyposensibilisierung durchgeführt worden? JA  Nein

Wann? \_\_\_\_\_

Womit? \_\_\_\_\_ ( Tropfen, Spritzen, Tabletten etc.)

Wie lange? \_\_\_\_\_

Wurde die Behandlung abgebrochen? JA  NEIN

Warum? \_\_\_\_\_

Wurden die Beschwerden durch die Behandlung gebessert? JA  NEIN

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? JA  NEIN

Welche? \_\_\_\_\_

Bei Frauen: sind Sie Schwanger JA  Nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Symptom-Score der allergischen Beschwerden

0 keine Beschwerden

1 leichtgradige Beschwerden

2 mittelgradige Beschwerden

3 hochgradige Beschwerden

**Vor der Hyposensibilisierung**

0  1  2  3

**Nach 1 Jahr Behandlung**

0  1  2  3