



Allergie-Fragebogen

Ihre Beschwerden (oder die Ihres Kindes) können allergischen Ursprungs sein, d. h. sie können auf bestimmte Stoffe in Ihrer Umgebung (oder der Ihres Kindes) zurückzuführen sein. Um die Allergieauslöser zu finden, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Name:	Vorname:	Krankenkasse:
Straße:	PLZ, Ort:	
Geburtsdatum:	Tel.:	Handy:
E-Mail:		
Beruf:	Hausarzt: Ort:	

Bitte lesen Sie diesen Fragebogen in Ruhe durch und machen Sie bei Zutreffen der Aussage ein Kreuz bzw. umkreisen Sie die zutreffende Antwort.

Jetzige Beschwerden	ganzjährig	Frühjahr	Sommer	Winter	
Augenentzündung/ Augenjucken					
Bronchitis Luftnot, Reizhusten					
Nesselfieber/ Quaddeln					
Ekzem (Ausschlag)					
Schwellungen (z.B. Augen, Lippen, Zunge)					
Magen-Darm-Beschwerden					
Schnupfen/ Niesanfälle					
Wann treten die Beschwerden auf?	morgens	tagsüber	nachts		
Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf? Wenn ja, an welchen?					
Treten bei oder nach Kontakt mit Tieren Beschwerden auf? Wenn ja, bei welchen Tieren?					
Treten bei bestimmten Tätigkeiten Beschwerden auf (Sport, Staubwischen etc.), wenn ja bei welchen?					
Sind schon Unverträglichkeiten gegen Nahrungsmittel beobachtet worden oder bekannt? Wenn ja, welche?					
Gab es vermehrt Schwellungen/ Rötungen/ anhaltendes Jucken oder andere Reaktionen bei Insektenstichen –oder bissen? (Mücke, Biene, Wespe etc.)					
Haben Sie regelmäßig Kontakt mit:	Heu	Mehl	Staub	Kosmetika	Medikamente
Haben Sie eine:	Altbauwohnung/ Haus		Neubauwohnung/ Haus		
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Hyposensibilisierung (auch Allergieimpfung genannt durchgeführt? Wenn ja, wogegen und wann?					
Welche Medikamente (auch Schmerzmittel) nehmen Sie regelmäßig ein?					
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?					
Treiben Sie regelmäßig Sport?					

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie über Befunde per E-Mail oder SMS benachrichtigen?

 Unterschrift

Zusatzfragebogen bzgl. Nahrungsmittel siehe Rückseite →



Anamnese zu Nahrungsmitteln

Um Ihnen besser helfen zu können, möchten wir Sie bitten folgenden Fragebogen auszufüllen.

1. Wie lange bestehen Ihre Bauchbeschwerden schon?

- < 3 Monate
 Jahren
- < 6 Monate
- < 1 Jahr
- seit

2. Welche Symptome haben Sie? Zutreffendes ankreuzen bitte.

- Durchfall
- Blähungen
- Schleimbeimengung beim Stuhlgang
- Bauchkrämpfe
- Schmerzen beim Stuhlgang
- Blutbeimengung beim Stuhlgang
- Verstopfung
- Stuhlinkontinenz

3. Welche Untersuchungen wurden schon durchgeführt? Zutreffendes ankreuzen, ggf. mit Jahresangabe.

- Hausärztliche Blutabnahme
 Wann?
- Bei Frauen: gynäkologische Untersuchung
 Wann?
- Magenspiegelung (Gastroskopie)
 Wann?
- Abdominale Sonographie
 Wann?
- Darmspiegelung (Koloskopie)
 Wann?

4. Wurden bei Ihnen bereits H2-Atemteste durchgeführt? Wenn Ja, welche?

- Nein
- Ja:
- Fruktose
- Sorbit
- Laktulose
- Laktose
- Glucose

5. Leiden Sie an Heuschnupfen?

- Ja
- Nein

6. Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Bitte ankreuzen.

- Apfel oder Steinobst
- Soja
- Sonstiges: _____
- Nüsse
- Milch
- Weizen
- Fettiges Essen
- Sellerie

7. Haben Sie bereits eine der folgenden Mittel ausprobiert zur Selbsthilfe?

	Ja	Nein	Wie lange?	Mit Erfolg?
Probiotika				
Flohsamen				
Diäten				