

Welche Beschwerden haben Sie? (mehrere Antworten möglich)

- | | |
|---|--|
| ☐ Augenjucken | ☐ Häufige fieberhafte Erkältungen |
| ☐ Niesen/ Niesanfälle | ☐ Husten, Auswurf |
| ☐ laufende Nase | ☐ Kurzatmigkeit, Atemnot |
| ☐ verstopfte Nase | ☐ Nessesucht (juckende Hautquaddeln) |
| ☐ Nasennebenhöhlenentzündung | ☐ Ekzem (trocken, raue Entzündung der Haut) |
| | ☐ Magen-Darm Beschwerden (z.B. Durchfall) |

Seit wann haben Sie die Beschwerden? (Jahre/ Monate) _____

Hatten Sie bereits allergische Beschwerden in der Kindheit/ Jugend?

☐ Ja, und zwar _____ ☐ Nein

Haben Eltern und Geschwister ähnliche Beschwerden oder Allergien?

☐ Ja, und zwar _____ ☐ Nein

Bei welchen Gelegenheiten treten die Beschwerden auf? (mehrere Antworten möglich)

- | | |
|--|--|
| ☐ Februar – April | ☐ ganzjährig, v.a. im Winter |
| ☐ Juni - Juli | ☐ ganzjährig, mit Zunahme im Frühjahr/ Sommer |

Bei Tierkontakt: _____

Nach Medikamenten: _____

Nach Nahrungsmitteln: _____

Andere: _____

- | | |
|---|--|
| ☐ Im Freien | ☐ In der Wohnung |
| ☐ Bei feuchtem Wetter | ☐ Bei Beginn der Heizperiode |
| ☐ Bei trockenem Wetter | ☐ Beim Staubsaugen/ Staubentwicklung |
| | ☐ Bei Gerüchen/ Dämpfen/ Feuchtigkeit |

Bei folgenden Tätigkeiten: _____

erlernter Beruf: _____

Haben Sie Haustiere? ☐ Ja, und zwar: _____ ☐ Nein
 Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt?
☐ Ja, am: _____, Ergebnis: _____ ☐ Nein

Wurde bereits eine Hyposensibilisierung durchgeführt?
☐ Ja, von _____ bis _____, gegen _____ ☐ Nein

Haben sich die Beschwerden dadurch gebessert? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? _____