

ALLERGIE - AMBULATORIUM BURGENLAND

7350 Oberpullendorf, Spitalstraße 1

Tel.: 02612/45111, Fax: 02612/45111-22

PATIENTENFRAGEBOGEN

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor dem Gespräch mit dem Arzt aus. Sie können damit helfen, die möglichen Ursachen Ihrer Beschwerden leichter zu finden.

Daten des Patienten:	Heutiges Datum:
FAMILIEN-NAME:		VORNAME:		
Geburtsdatum:		Vers.Nr:	versichert bei (Krankenkasse):	
Telefon / FAX:		e-mail:.....		
Wohnadresse:				
frühere Tätigkeit (erlernter Beruf):		derzeit ausgeübte Tätigkeit:		
<i>Arbeitgeber und Dienort:.....</i>				

Daten des Hauptversicherten (wenn Patient mitversichert):				
FAMILIEN-NAME:		VORNAME:		
Geburtsdatum:		Vers.Nr:	versichert bei (Krankenkasse):	
<i>Arbeitgeber und Dienort des Haupt-Versicherten.....</i>				

- Wegen **welcher Beschwerden** kommen Sie zu uns?

<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Augenjucken	<input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme
<input type="checkbox"/> Atembeschwerden (Lunge)	<input type="checkbox"/> Lidschwellung <input type="checkbox"/> Blähungen
<input type="checkbox"/> Nasenfluss	<input type="checkbox"/> Gaumenjucken <input type="checkbox"/> Durchfälle
<input type="checkbox"/> Niesreiz	<input type="checkbox"/> Hautjucken	<input type="checkbox"/> andere, nämlich:.....
<input type="checkbox"/> verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> Ausschläge; wo?.....

- Seit wann** haben Sie die **jetzigen** Beschwerden? Seit:
- Seit wie vielen Jahren** insgesamt? Seit:

Spüren Sie die Beschwerden zu einer bestimmten **Tageszeit** besonders stark?

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Morgens | <input type="checkbox"/> Nachts | <input type="checkbox"/> Nach dem Essen |
| <input type="checkbox"/> Mittags | <input type="checkbox"/> Verschieden | <input type="checkbox"/> Immer gleich |
| <input type="checkbox"/> Abends | | |

- In welcher **Jahreszeit** treten die Beschwerden (am stärksten) auf (z.B.: Ostern, Sommer, Winter, usw.)?

<input type="checkbox"/> Monate (von / bis):
<input type="checkbox"/> ganzjährig

- Treten Ihre Beschwerden **vermehrt** auf:

<input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz
<input type="checkbox"/> im Freien	<input type="checkbox"/> nach Genuss bestimmter Nahrungsmittel -
<input type="checkbox"/> durch Ihr Hobby - welches:	welcher:
.....

RÜCKSEITE beachten!

- Haben Sie beruflich oder durch ein Hobby Kontakt mit reizenden oder giftigen Stoffen?
 Ja Nein

- Hatten Sie je Beschwerden im Zusammenhang mit

<input type="radio"/> Modeschmuck	<input type="radio"/> Nahrungsmitteln: welche:.....
<input type="radio"/> Impfungen
<input type="radio"/> Bienenstich	<input type="radio"/> Arzneimitteln: welche:.....
<input type="radio"/> Wespenstich
<input type="radio"/> Sonstigem:.....	
.....	

- Rauchen Sie oder leben Sie in einem Raucherhaushalt?
 Nein, ich rauche nicht
 ja, ich rauche maximal Zigaretten pro Tag
 ja, ich lebe in einem Raucherhaushalt

- Mit welchen **Haustieren** haben Sie Kontakt?

- Welche Beschwerden haben Sie bei **Tierkontakt**?
 Keine

- Haben Sie **Pflanzen** in der Wohnung?

<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Haben Sie Schimmelbefall in Ihrer Wohnung?
<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
<input type="radio"/> Ficus Benjamini	<input type="radio"/> Nein

- Woraus besteht Ihr **Bett**: Matratze: (z.B. Latex, Rosshaar, Federkern)
 Polster: (z.B. Federn, Schaumstoff)
 Bettdecke: (z.B. Schafwolle, Federn, Wildseide)

- Gibt es in Ihrer **Familie Allergiker** (nahe Blutsverwandte wie: Eltern, Geschwister, ...)?
 Nein
 Ja, und zwar (wer hat was):

- **Für Patientinnen**: Sind Sie (möglicherweise) **schwanger**: Ja Nein **Stillen** Sie? Ja Nein

Hatten Sie schon einen **Allergietest** durchführen lassen?

- Nein
- Ja, vor Jahren, wo:

- Welche **Allergien** wurden gefunden ?:

-
- Welche **Medikamente** nehmen oder nahmen Sie bereits gegen Ihre Allergie? (bzw. vermutliche Allergie)
 Derzeit:..... Früher:.....
- **Haben Sie andere Erkrankungen? (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüse usw...)**
 Nein
 Ja, und zwar:
- Nehmen Sie wegen dieser anderen Erkrankungen **regelmäßig Medikamente** ein ?
- [Tabletten?, Tropfen?, Spray?, Salben?, usw...]
- Nein
 Ja, und zwar:

ACHTUNG: Der schriftliche Befundbericht wird erst NACH Abschluss aller Teilaustestungen geschrieben und anschließend an Ihren Arzt als auch an Sie selbst verschickt. Bitte hinterlassen Sie 2€ für das Brief-Porto (2 Briefmarken zu 1€).