

Anamnesebogen Allergie

- Bitte beschreiben Sie bitte kurz Ihr aktuelles Hauptproblem:

- Bitte bewerten Sie die folgenden Symptome von 0 (kein Problem) bis 10 (sehr großes Problem), so wie Sie sie in den letzten 14 Tagen wahrgenommen haben. Kreuzen Sie zudem bitte an, welche der Beschwerden Ihnen die größten Probleme bereiten.

	Bewertung	Hauptproblem
➤ Nasenatmung		
➤ Laufende Nase		
➤ Sekretfluss der Nase in den Rachen		
➤ Druckgefühl des Gesichtes		
➤ Kopfschmerzen		
➤ Riechminderung		
➤ Geschmacksminderung		

- Welche (antiallergischen) Medikamente wenden Sie derzeit an?

- „Normales“ Nasenspray Kortisonnasenspray Nasenspülungen
 Nasensalbe Allergietabletten Augentropfen
 Kortisontabletten

- Welche (antiallergischen) Medikamente haben Sie in der Vergangenheit bereits benutzt?

- „Normales“ Nasenspray Kortisonnasenspray Nasenspülungen
 Nasensalbe Allergietabletten Augentropfen
 Kortisontabletten

- Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

- Asthma Bekannte Allergien
 Aspirin, Ibuprofen, Voltaren u. Ä.
 Chronische Hauterkrankungen Medikamente
(z. B. Neurodermitis, Nahrungsmittel
Schuppenflechte) Andere:

- Spüren Sie ein Brennen, Jucken o. Ä. im Mund beim Essen bestimmter Speisen (z. B. Äpfel, Nüsse)?

- Nein Ja, z. B. bei:

- Haben Sie Haustiere?

- Nein Ja, nämlich:



- Nehmen Ihre Beschwerden an bestimmten Orten zu (z. B. draußen, bei der Arbeit, im Bett etc.)?
 Nein Ja, nämlich:
- Nehmen Ihre Beschwerden zu bestimmten Zeiten zu (z. B. morgens, im Frühling etc.)?
 Nein Ja, nämlich:

Bitte füllen Sie den folgenden Teil des Bogens nur dann aus, wenn Sie an Heuschnupfen leiden.

Ihre Heuschnupfensymptome:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Juckende Nase | <input type="checkbox"/> Fließschnupfen | <input type="checkbox"/> Augentränen |
| <input type="checkbox"/> Juckende/brennende Augen | <input type="checkbox"/> Niesattacken | <input type="checkbox"/> Niesreiz |
| <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase | <input type="checkbox"/> Husten/Atembeschwerden | |

- Wann treten diese Symptome auf?

- Ganzjährig
 Saisonal:

Jan	Feb	Mär	Apr	Mai	Jun	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Die Beschwerden...

... bestehen seit:

- | | | |
|--|--|---|
| ... nehmen seither ständig zu | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| ... sind von der Tageszeit abhängig: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: |
| ... sind vom Ort abhängig: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: |
| ... bestehen an mehr als 4 Wochen/Jahr | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| ... bestehen an mehr als 4 Tagen/Woche | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| ... bereiten Probleme | <input type="checkbox"/> beim Sport | <input type="checkbox"/> bei der Arbeit |
| | <input type="checkbox"/> in der Schule | <input type="checkbox"/> beim Schlafen |
| ... werden als störend empfunden | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

- Wie schwer schätzen Sie Ihren Heuschnupfen auf einer Skala von 1 (leicht) bis 10 (schwer) ein?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Welche Behandlungen haben Sie bereits getestet?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Karenzmaßnahmen | <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Hyposensibilisierung |
| <input type="checkbox"/> Milbenschutzbezüge | <input type="radio"/> „Normales“ Nasenspray | Gegen: |
| | <input type="radio"/> Kortisonnasenspray | |
| | <input type="radio"/> Allergietabletten | Zeitraum: |
| | <input type="radio"/> Augentropfen | |
| | <input type="radio"/> Kortison-tabletten | |