

Patientendaten:

# PNEUMOLOGIE PIRNA



Name:

Dr. med. K.Pilz

Vorname:

## Allergologischer Fragebogen

Geb. – Datum:

Welche Beschwerden führen Sie bzw. den Patienten zum Arzt?

<input type="checkbox"/>	Lunge	<input type="checkbox"/>	Husten, Reizhusten, Bronchitis
		<input type="checkbox"/>	Atemnot, Atembeklemmung, Asthma
		<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____
<input type="checkbox"/>	Nase	<input type="checkbox"/>	Schnupfen, Heuschnupfen
		<input type="checkbox"/>	Kieferhöhlen- Stirnhöhlenentzündung
		<input type="checkbox"/>	Nasenpolypen
		<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____
<input type="checkbox"/>	Augen	<input type="checkbox"/>	Augentränen, Augenjucken
		<input type="checkbox"/>	Schwellungen der Augenpartien, Augenlider
		<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____
<input type="checkbox"/>	Haut	<input type="checkbox"/>	Nesselsucht, Juckreiz, Hautquaddeln
		<input type="checkbox"/>	Schwellungen, Juckreiz von Lippen, Rachen
		<input type="checkbox"/>	Ekzem, Neurodermitis
		<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____

In welchem Alter sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? Im \_\_\_\_ Lebensjahren.

Beruf: Erlernt: \_\_\_\_\_

Beruf: Jetzige Tätigkeit \_\_\_\_\_

Bestehen oder bestanden früher folgende Krankheitserscheinungen?

<input type="checkbox"/>	Spastische Bronchitis als Kind
<input type="checkbox"/>	Säuglingsekzem, Milchschorf
<input type="checkbox"/>	Atemnot, Atembeklemmung, Asthma
<input type="checkbox"/>	Husten, Reizhusten, Bronchitis
<input type="checkbox"/>	Schnupfen, Heuschnupfen
<input type="checkbox"/>	Kieferhöhlen- Stirnhöhlenentzündung
<input type="checkbox"/>	Nasenpolypen
<input type="checkbox"/>	Augentränen, Augenjucken, Schwellungen der Augenpartien, Augenlider
<input type="checkbox"/>	Nesselsucht, Juckreiz, Hautquaddeln, Ekzem, Neurodermitis
<input type="checkbox"/>	Schwellungen, Juckreiz von Lippen, Rachen,

Wie ist die Wohnung beschaffen?

Lage	<input type="checkbox"/>	Großstadt
	<input type="checkbox"/>	Kleinstadt
	<input type="checkbox"/>	Dorf
Art	<input type="checkbox"/>	Wohnung
	<input type="checkbox"/>	Haus + Garten
	<input type="checkbox"/>	Bauernhof
Alter	<input type="checkbox"/>	Altes Haus
	<input type="checkbox"/>	Neues Haus

Leidet oder litt ein Verwandter an Beschwerden, wie Asthma, Bronchitis, Heuschnupfen oder Ekzem?

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja

Wann treten die Beschwerden auf? (Nur die am besten passende Aus sage ankreuzen!)

<input type="checkbox"/>	während des <b>ganzen Jahres</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>Unregelmäßig</b> während des <b>ganzen Jahres</b>			
	<input type="checkbox"/> 1-4 x pro Jahr			
	<input type="checkbox"/> 5-10 x pro Jahr			
	<input type="checkbox"/> >10 x pro Jahr			
<input type="checkbox"/>	während des gesamten Jahres, sind aber in bestimmten Monaten schlimmer.			
<input type="checkbox"/>	treten <b>nur in bestimmten Monaten</b> auf			
	<input type="checkbox"/> Januar	<input type="checkbox"/> April	<input type="checkbox"/> Juli	<input type="checkbox"/> Oktober
	<input type="checkbox"/> Februar	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> August	<input type="checkbox"/> November
	<input type="checkbox"/> März	<input type="checkbox"/> Juni	<input type="checkbox"/> September	<input type="checkbox"/> Dezember

Sind die Beschwerden **Tageszeitabhängig**?

<input type="checkbox"/>	Nein, die Beschwerden sind <b>ständig</b> vorhanden
<input type="checkbox"/>	Nein, die Beschwerden können zu jeder Tageszeit auftreten.
<input type="checkbox"/>	Ja, besonders starke Beschwerden bestehen zu folgenden Tageszeiten:
	<input type="checkbox"/> Morgens, nach dem Aufstehen
	<input type="checkbox"/> Am Vormittag
	<input type="checkbox"/> Nachts

Treten Beschwerden vorwiegend an bestimmten **Orten** auf?

<input type="checkbox"/>	Nein, die Beschwerden sind ortsunabhängig.
<input type="checkbox"/>	Ja, besonders stark sind sie

Treten Beschwerden vorwiegend bei bestimmter **Tätigkeit** auf?

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, besonders bei

Treten Beschwerden bei **intensivem Geruch, bei Dämpfen oder Staub** auf?

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, besonders bei

Sind bei **Tierkontakten Beschwerden** aufgetreten?

<input type="checkbox"/>	Nein	
<input type="checkbox"/>	Ja, besonders bei	
	Tier	Beschwerden
<input type="checkbox"/>	Hund	
<input type="checkbox"/>	Katze	
<input type="checkbox"/>	Kaninchen	
<input type="checkbox"/>	Meerschweinchen	
<input type="checkbox"/>	Goldhamster	
<input type="checkbox"/>	Wellensittich	
<input type="checkbox"/>	Kanarienvogel	
<input type="checkbox"/>	Taube	
<input type="checkbox"/>	Pferd	
<input type="checkbox"/>	Rind	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges	

**Besteht zeitweilig** eine völlige oder weitgehende **Beschwerdefreiheit**?

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, besonders
<input type="checkbox"/>	An der See
<input type="checkbox"/>	Im Hochgebirge
<input type="checkbox"/>	Im Hochsommer
<input type="checkbox"/>	An feuchten Sommertagen, bei Regen
<input type="checkbox"/>	Fast regelmäßig an den Wochenenden, im Urlaub
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

**Bestehen bei Nahrungsmitteln Abneigung (A) oder Unverträglichkeit (U)? Bitte ankreuzen!**

<input type="checkbox"/>	Nein			
<input type="checkbox"/>	Ja, ich habe eine Unverträglichkeit (U) oder eine Abneigung (A) beobachtet:			
	A	U	A	U
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fisch		Tomaten	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muscheln, Krabben		Erdbeeren	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ei		Erbsen, Bohnen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Milch		Wein, Sekt, Bier	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Käse, Quark		Apfelsinen, Zitronen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Äpfel		Hasel-, Walnüsse	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kirschen		Spinat	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pfirsiche		Fruchtsäfte	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges			
Falls ja, auf welches Nahrungsmittel haben Sie am stärksten reagiert?				
Folgende Beschwerden sind aufgetreten:				
<input type="checkbox"/>	Luftnot	<input type="checkbox"/>	Übelkeit, Erbrechen, Durchfall	
<input type="checkbox"/>	Wässriger Fließschnupfen	<input type="checkbox"/>	Heftiger Kopfschmerz, Migräne	
<input type="checkbox"/>	Gaumen-, Ohrenjucken	<input type="checkbox"/>	Ekzem-Verschlimmerung	
<input type="checkbox"/>	Lippen-, Rachenschwellungen	<input type="checkbox"/>	Nesselsucht, Hautjucken	
<input type="checkbox"/>	sonstiges			

**Haben Sie eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente beobachtet?**

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, eine Überempfindlichkeit ist aufgefallen gegen:
<input type="checkbox"/>	Penicillin-Präparate
<input type="checkbox"/>	Schmerz-, Grippemittel
<input type="checkbox"/>	Kontrastmittelunverträglichkeit bei Röntgenuntersuchungen (Jodallergie)
<input type="checkbox"/>	Pflasterempfindlichkeit der Haut
<input type="checkbox"/>	Sonstige