

## PATIENTENFRAGEBOGEN

Wenn Sie schon einmal hier waren, teilen Sie das bitte am Empfang mit.

|   |                       |
|---|-----------------------|
| <b>Daten des Patienten</b>  | Heutiges Datum: ..... |
| NAME: .....   |                       |
| Geburtsdatum: ..... Vers. Nr.: ..... Versichert bei (Krankenkasse): ..... |                       |
| Telefon (tagsüber): .....   |                       |
| E-mail: ..... FAX: .....  |                       |
| Wohnadresse: .....  |                       |
| Erlerner Beruf: ..... Derzeit ausgeübte Tätigkeit: .....                  |                       |
| Dienstort des Versicherten: .....   |                       |

|   |
|---|
| <b>Wenn Patient mitversichert - Daten des Versicherten:</b>               |
| NAME: .....   |
| Geburtsdatum: ..... Vers. Nr.: ..... Versichert bei (Krankenkasse): ..... |
| Dienstort des Versicherten: .....   |

- Wegen welcher Beschwerden kommen Sie zu uns?

|  |   |                                     |  |                                      |
|--|---|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Nase             | ⇒ | <input type="checkbox"/> Niesreiz   | <input type="checkbox"/> verstopfte Nase | <input type="checkbox"/> Nasenfluss  |
| <input type="radio"/> Augen            | ⇒ | <input type="checkbox"/> Juckreiz   | <input type="checkbox"/> Tränen          | <input type="checkbox"/> Trockenheit |
| <input type="radio"/> Lungen/Bronchien | ⇒ | <input type="checkbox"/> Husten     | <input type="checkbox"/> Asthma          | <input type="checkbox"/> Atemnot     |
| <input type="radio"/> Haut             | ⇒ | <input type="checkbox"/> Ausschlag  | <input type="checkbox"/> Schwellungen    |                                      |
| <input type="radio"/> Verdauung        |   |                                     |  |                                      |
| <input type="radio"/> Andere           |   | <input type="radio"/> welche: ..... |  |                                      |
- Seit wann haben Sie die jetzigen Beschwerden? Seit: .....
- Spüren Sie die Beschwerden zu einer bestimmten Tageszeit besonders stark?

|                               |                               |                              |                                |                                   |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> morgens | <input type="radio"/> mittags | <input type="radio"/> abends | <input type="radio"/> ganztags | <input type="radio"/> verschieden |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
- In welcher Jahreszeit treten die Beschwerden (am stärksten) auf (z. B.: Ostern, Pfingsten, Winter, usw.)?

|   |
|---|
| <input type="radio"/> Monate (von/bis): ..... |
| <input type="radio"/> ganzjährig              |
- Treten Ihre Beschwerden vermehrt auf:

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> im Freien       | <input type="radio"/> durch Ihr Hobby - welches .....        |
| <input type="radio"/> zu Hause        | <input type="radio"/> nach Genuß bestimmter Nahrungsmittel - |
| <input type="radio"/> am Arbeitsplatz | welcher: .....   |
- Für die Allergie-austestung ist eine Blutabnahme notwendig. Möchten Sie dabei

|                                   |
|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> sitzen oder |
| <input type="radio"/> liegen      |

**BITTE WENDEN!**

- Welche **Medikamente** nehmen Sie **jetzt** gegen Ihre Allergie?

.....

- Hatten Sie je Beschwerden im Zusammenhang mit
 

|                 |                          |                            |             |                          |                            |
|-----------------|--------------------------|----------------------------|-------------|--------------------------|----------------------------|
| Insektenstichen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Modeschmuck | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Nahrungsmitteln | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Impfungen   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Arzneimitteln   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Sonstigem   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Welche Beschwerden: .....

- Rauchen Sie?
  - nein
  - ich rauche maximal ..... Zigaretten pro Tag
  - ich lebe in einem Raucherhaushalt
- Hatten Sie einmal
  - Gastritis, die behandelt wurde
  - Geschwüre im Magen-Darm-Trakt, die behandelt wurden
- Haben Sie Haustiere?
  - Nein
  - Ja, welche .....

- Haben sie Beschwerden bei Tierkontakt?  
.....

- Haben Sie **Pflanzen** in der Wohnung oder am Arbeitsplatz?  Ja  Nein  
**Ficus**  Ja  Nein

- Haben Sie **Schimmelbefall** in Ihrer Wohnung?  Ja  Nein

- Haben Sie in Ihrem Bettzeug
  - Wildseide
  - Federn
  - Schafwolle

- Gibt es in Ihrer Familie Allergiker (Eltern, Geschwister, ...)?
  - Nein
  - Ja, und zwar: .....

- Haben Sie schon einen **Allergietest** gemacht?
  - Nein
  - Ja, vor ..... Jahren, wo: .....

Folgende **Allergien** wurden gefunden:  
.....

- **Haben / Hatten Sie Hepatitis / HIV ?**
  - Nein
  - Ja

- **Haben Sie andere Erkrankungen?**
  - Nein
  - Ja, und zwar: .....

- Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein (z.B. gegen Bluthochdruck, Glaukom, etc.)?
  - Nein
  - Ja, und zwar: .....

- Sind Sie derzeit schwanger?  Ja  Nein

- Stillen Sie?  Ja  Nein

- Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?
  - Arzt
  - Freunde, Bekannte
  - Telefonbuch
  - Internet
  - Sonstiges

**ACHTUNG:** Der schriftliche Befund wird erst **nach dem 2. Besuch** geschrieben und anschließend an Ihren **zuweisenden Arzt** verschickt.

**Auf Wunsch** können Sie den Befund auch an **Ihre Wohnadresse** zugesandt erhalten - **bitte hinterlegen Sie dazu € 0,68 für das Porto.**