

PATIENTENFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

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

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

Wenn Patient mitversichert - Daten des Versicherten:
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"/> nachts	<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:
<input type="radio"/> zu Hause	<input type="radio"/> nach Genuß bestimmter Nahrungsmittel -
<input type="radio"/> am Arbeitsplatz	welcher:
- Für die Allergieaustestung 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:

- 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:

- Haben Sie schon einen **Allergietest** gemacht?

Nein
 Ja, vor Jahren, wo:

Folgende **Allergien** wurden gefunden:

.....

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

- **Haben Sie andere Erkrankungen?**

Nein
 Ja:

- Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein (z.B. gegen Bluthochdruck, Glaukom, etc.)?

Nein
 Ja:

- 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 Befundbericht wird erst **nach Vorliegen aller Testergebnisse bzw. der eventuellen Befundbesprechung** geschrieben und anschließend an Ihren **zuweisenden Arzt** verschickt (**auf Wunsch** können Sie zusätzlich den Befundbericht auch elektronisch per Befundportal oder an **Ihre Wohnadresse** zugesandt erhalten, **bitte hinterlegen Sie dazu € 0,85 für das Porto**).