

- ☐ Aufenthalt im Freien
- ☐ Im Bett liegen
- ☐ Feuchte Räume
- ☐ Kontakt zu Tieren/Haustieren _____
- ☐ Nahrungsmittel _____
- ☐ Andere Trigger
- ☐ Staubige Umgebung
- ☐ Smog oder Umwelteinflüsse
- ☐ Gerüche

PATIENTENHISTORIE

Leiden Sie unter:

- Neurodermitis (Beugeneckzeme)? ☐ Ja ☐ Nein
 Urtikaria (Nesselsucht)? ☐ Ja ☐ Nein
 Lebensmittelallergien? ☐ Ja ☐ Nein
☐ Juckreiz/Kratzen im Mund und Hals ☐ Bauchschmerzen ☐ Übelkeit und Erbrechen ☐ Durchfall
☐ Aufstossen oder Blähungen ☐ Schock
 Andere Symptome _____

Wurden Sie wegen akuter allergischer Reaktionen (Anaphylaxie) schon einmal notfallmässig behandelt?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wurde bei Ihnen zur Allergiediagnostik ein ☐ Hauttest oder ☐ Bluttest durchgeführt?

Wenn ja, wann wurde der Test durchgeführt _____
 Folgende Allergene wurden positiv getestet _____

Haben Sie bereits eine spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierung) erhalten?

- ☐ Nein ☐ Ja, mit Spritzen ☐ Ja, mit Tropfen/Tabletten

Wenn ja, mit folgenden Allergenen _____
 Bitte nennen Sie das Präparat _____

Wie gut hat die Therapie geholfen? ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Mässig ☐ Gar nicht

ARZNEIMITTELANAMNESE

Welche Medikamente haben Sie zur Besserung Ihrer allergischen Beschwerden bisher angewendet?

ANWENDUNGSART	ARZNEIMITTEL	HÄUFIGKEIT
Tabletten	☐ Antihistaminika ☐ Kortison ☐ Andere _____	☐ Bei Bedarf ☐ Regelmässig
Spray/Tropfen für die Nase	☐ Antihistaminika ☐ Kortison ☐ Andere _____	☐ Bei Bedarf ☐ Regelmässig
Tropfen für die Augen	☐ Antihistaminika ☐ Kortison ☐ Andere _____	☐ Bei Bedarf ☐ Regelmässig
Spray für die Lunge	☐ Antihistaminika ☐ Kortison ☐ Andere _____	☐ Bei Bedarf ☐ Regelmässig

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

RAUCHERANAMNESE

Rauchen Sie?

- ☐ Ja, seit _____ Jahren ☐ Nein ☐ Ich habe früher geraucht (bis _____ über _____ Jahre)

Wenn ja: Wieviele Zigaretten rauchen Sie/haben Sie pro Tag geraucht? _____

FAMILIENANAMNESE

Haben andere Familienmitglieder Allergien? (bitte ankreuzen)

	ELTERN	GESCHWISTER ANZAHL	KINDER ANZAHL
Asthma	☐	☐	☐
Allergischer Schnupfen	☐	☐	☐
Neurodermitis	☐	☐	☐
Nahrungsmittelallergie	☐	☐	☐