

Wiener Gesundheitsverbund  
 Standort Penzing der Klinik Ottakring  
 Abteilung für Atemwegs- und  
 Lungenkrankheiten

Vorstand:

Prim.a Priv.Doz.in Dr.in Marie-Kathrin Breyer  
 1140 Wien, Sanatoriumstraße 2

Tel.: +43 1 910 60 42710

KPE.lungenambulanz@gesundheitsverbund.at

## ALLERGIE-ANAMNESEBOGEN

Welche Beschwerden haben Sie? (mehrere Antworten möglich)

Augenjucken	<input type="checkbox"/>	Häufige fieberhafte Erkältungen	<input type="checkbox"/>
Niesen/Niesanfalle	<input type="checkbox"/>	Husten, Auswurf	<input type="checkbox"/>
Laufende Nase	<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit/Atemnot	<input type="checkbox"/>
Verstopfte Nase	<input type="checkbox"/>	Nesselsucht (juckende Hautquaddeln)	<input type="checkbox"/>
Nasendpolypen	<input type="checkbox"/>	Ekzem (trockene, raue Entzündung der Haut)	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Beschwerden (z. B. Durchfall)	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>		

Seit wann haben Sie die Beschwerden? Jahre \_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits allergische Beschwerden in der Kindheit/im Jugendalter?

Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Nein

Haben Eltern oder Geschwister ähnliche Beschwerden oder Allergien?

Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Nein

Bei welchen Gelegenheiten treten die Beschwerden auf? (mehrere Antworten möglich)

Februar – April	<input type="checkbox"/>	Nach Medikamenten:	<input type="checkbox"/>
Ganzjährig, vor allem im Winter	<input type="checkbox"/>	Nach Obst oder Nüssen:	<input type="checkbox"/>
Juni – Juli oder Sommer	<input type="checkbox"/>	Nach anderen Nahrungsmitteln:	<input type="checkbox"/>
Ganzjährig, mit Zunahme im Frühjahr	<input type="checkbox"/>	Bei Tierkontakt:	<input type="checkbox"/>
Ganzjährig, außer im Urlaub	<input type="checkbox"/>	Zusätzliche Angaben:	<input type="checkbox"/>

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

Bei welchen Gelegenheiten treten die Beschwerden auf?

(mehrere Antworten möglich)

- In der Wohnung
- Im Freien
- Bei Beginn der Heizperiode
- Bei feuchtem Wetter
- Beim Staubsaugen/Staubentwicklung
- Bei trockenem Wetter
- Bei Gerüchen, Dämpfen,
- Feuchtigkeit

Bei folgenden Tätigkeiten:

Haben Sie Haustiere?  Ja, und zwar \_\_\_\_\_  Nein

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Ist bei Ihnen schon einmal ein Allergietest durchgeführt worden?

Ja, am \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_  Nein

Ist bei Ihnen schon einmal ein Hyposensibilisierung durchgeführt worden?

Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ gegen \_\_\_\_\_  Nein

Haben sich die Beschwerden dadurch gebessert?  Ja  Nein

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?