

ANAMNESEBOGEN – ALLERGIEN

Therapeuten-Adresse/ -Stempel und Unterschrift

Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

Geb.datum: _____

Diagnose: _____

Ziel: _____

FAMILIENANAMNESE

Vorliegen Allergie in der Familie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____		
Vorliegen Unverträglichkeit in der Familie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____		

ANAMNESE ADJUVANZ-FAKTOREN

Wurden Sie als Kind gestillt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie lange? _____		
Wenn nein, welche Milchnahrung? _____		
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde oder wird in Ihrer Umgebung viel geraucht (Arbeitsplatz, zu Hause)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind in Ihrer Wohnung feuchte Wände?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besitzen Sie Zimmerpflanzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____		

ERKRANKUNGS-ANAMNESE

Erkrankung	Auslöser?	Beginn der Erkrankung?	Heute noch Symptome?
<input type="checkbox"/> Chronische Infekte			
<input type="checkbox"/> Kontaktallergien			
<input type="checkbox"/> Krupp			
<input type="checkbox"/> Migräne			
<input type="checkbox"/> Milchschorf			
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien			
<input type="checkbox"/> Neurodermitis			
<input type="checkbox"/> Pollenallergien			
<input type="checkbox"/> Psoriasis			
<input type="checkbox"/> Andere: _____			

DIAGNOSTIK-ANAMNESE

Testverfahren	Datum	Ergebnisse
		<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos. auf:
		<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos. auf:
		<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos. auf:
		<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos. auf:
		<input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos. auf:

THERAPIE-ANAMNESE

Therapieverfahren	Datum	Erfolg
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Grund:
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Grund:
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Grund:

SYMPTOMATIK-ANAMNESE

Beschwerde	Auslöser?	Beschreibung
<i>Haut</i>		
<input type="checkbox"/> Urtikaria (Nesselsucht)		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Ekzem (Hautausschlag)		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Kontaktekzem		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Psoriasis		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Juckreiz		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<i>Atemwege</i>		
<input type="checkbox"/> Niesanfalle		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Schnupfen		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Augentränen		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Augenentzündung		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Reizhusten		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Bronchitis		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Asthmaanfalle		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Atemnot		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<i>Magen-Darm-Trakt</i>		
<input type="checkbox"/> Kribbeln im Mund-Rachen-Raum		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Quincke-Ödeme		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Übelkeit/ Erbrechen		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Durchfälle		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Blähungen		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Verstopfung		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<i>Herz-Kreislauf-System</i>		
<input type="checkbox"/> Schwindel		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Schwitzen		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Frieren		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____		<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer

BESCHWERDE-ANAMNESE

Auftreten der Beschwerden (Tag/ Monat/ Jahr)			
<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> nachts
<input type="checkbox"/> den ganzen Tag	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> ganzjährig	
v.a. in den Monaten: <input type="checkbox"/> Jan <input type="checkbox"/> Feb <input type="checkbox"/> Mär <input type="checkbox"/> Apr <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Jun <input type="checkbox"/> Jul <input type="checkbox"/> Aug <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Okt <input type="checkbox"/> Nov <input type="checkbox"/> Dez			

UMWELTFAKTOREN-ANAMNESE

Gibt es verstärkende Umwelt-Faktoren, wo/ wann die Symptome auftreten?			
Wetter:	<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> windig
Garten:	<input type="checkbox"/> mit Wiesen	<input type="checkbox"/> mit Bäumen	<input type="checkbox"/> mit Blumenbeeten
Ort:	<input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> in Schule/ Kindergarten	<input type="checkbox"/> in Restaurants
	<input type="checkbox"/> zu Besuch	<input type="checkbox"/> auf Straßen	<input type="checkbox"/> in Kulturzentren

EXPOSITIONS-ANAMNESE

Gibt es Symptom-verstärkende Faktoren?	
Abgase/ Emissionen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____
Schmuck:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____
Kosmetika:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____
Parfum:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____
Medikamente:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____
Stress/ Ärger:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____
Sport/ Aktivitäten:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____

ERNÄHRUNGS-ANAMNESE

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____		
Wenn ja, wie oft? _____		
Haben Sie Ihre Ernährung in den letzten 3 Monaten grundlegend umgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, was? _____		
Bereiten Sie Ihr Essen selbst zu?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, wer? _____		

LEBENSMITTEL-ANAMNESE

Nahrungsmittel/ Allergen	Welches?	Häufigkeit	Verdächtig?
<i>Grundnahrungsmittel</i>			
<input type="checkbox"/> Milch			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Milchprodukte			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Eier			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Getreide			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Soja			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Nüsse/ Samen			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Fleisch			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Fisch			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Gemüse			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Obst			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Kreuzallergene</i>			
<input type="checkbox"/> Nüsse			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Obst			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Gemüse			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Getreideprodukte			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Hülsenfrüchte			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Kräuter/ Gewürze			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Latex-Frucht-Syndrom			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Pseudoallergene/ Unverträglichkeiten</i>			
<input type="checkbox"/> Zusatzstoffe			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Tomate			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> andere Gemüse			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Früchte			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Alkohol			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Käse			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Rohwurst			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Fischkonserven			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Schokolade			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Milchzucker			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Sonstige</i>			
<input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein