

Selbstauskunftsbogen

Bitte füllen Sie die für Sie zutreffenden Angaben aus.

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

1. Allergische Erkrankungen

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z. B. Neurodermitis, Asthma Bronchiale)?

2. Art der Beschwerden (z. B. Nahrungsmittelunverträglichkeit, Heuschnupfen, Augenjucken, Insektenstiche, Husten, Herzbeschwerden)?

3. Beschwerden bei (z. B. Hausarbeit, Berufstätigkeit, Umgang mit Tieren, Nahrungsmittel, Kosmetika, Chemikalien, Metalle, körp. Anstrengung)?

4. Wann sind sie erstmals aufgetreten?

• Wann zuletzt?

5. Bestehen/Bestanden jemals Beschwerden?

Ja Nein

• Wie oft (Jahreszeit, unregelmäßig)?

• Zeitdauer der Anfälle?

• Bei welchen Gelegenheiten?

6. Wurde ein Allergietest durchgeführt (ggf. Kopie des Allergiepasses)?

Ja Nein

7. Folgende Stoffe/Substanzen rufen allergische Reaktionen hervor:

8. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

• Wie oft wurden Sie behandelt (Bitte nicht „bei Bedarf“ angeben, sondern z. B. täglich, wöchentlich, monatlich)?

9. Wie wurde/wird behandelt (bei Medikamenten bitte Namen und Dosierung angeben)?

10. Wurde oder wird eine Hypo- bzw. Desensibilisierung durchgeführt?

Ja Nein

• mit welchem Erfolg?

• Wann?

11. Wurde eine bestimmte Diät verordnet?

Ja Nein

• wenn Ja, welche?

12. Welche Behandlungen waren erforderlich bzw. sind geplant (z. B. ambulant, stationär, Kur/Sanatorium: Name und Adresse der Klinik)?

13. Welcher Arzt kann am Besten Auskunft geben (Anschrift)