


<p>Dr. med. Ulrich Kraft Heilpraktiker</p> <p>Email: <a href="mailto:info@ulrich-kraft.de">info@ulrich-kraft.de</a> <a href="http://www.ulrich-kraft.de">www.ulrich-kraft.de</a></p>	
--	--

## Erhebungsbogen – Allergie

Um Sie erfolgreich beraten zu können und um uns auf das Gespräch mit Ihnen vorbereiten zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt. Fragen, die Sie nicht beantworten können oder möchten, lassen Sie bitte aus.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen vor Ihrem Termin bei uns zu.

<b>Patient</b>	Zuname                      Vorname                      Geburtsdatum
<b>Anschrift</b>	Straße                      Hausnummer                      Postleitzahl Ort
	Telefon                      E-Mail-Adresse                      Fax:
<b>Bei Kindern bitte auch Angaben zu den Eltern</b>	<b>Mutter</b>
	Zuname                      Vorname                      Geburtsdatum
	Beruf
	<b>Vater</b>
Zuname                      Vorname                      Geburtsdatum	
Beruf	
<b>Tätigkeiten</b> Bitte ausführlich beschreiben	

Bitte schreiben Sie die Antworten in das jeweils dafür vorgesehene Antwortfeld oder kreuzen Sie die richtigen Antworten an!

**1. Sind in Familie bereits allergische Krankheiten diagnostiziert oder vermutet worden:**

	Wer? Verwandtschaftsgrad?	Art der Erkrankung? Asthma, Ekzeme
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

**2. Welche Art von Beschwerden liegen vor?**

Bitte machen Sie möglichst genaue Angaben zum Auftreten der Beschwerden! Sind die Beschwerden ganzjährig, zu bestimmten Jahreszeiten, an bestimmten Orten - z.B. zuhause, bei den Großeltern, bei Spaziergängen, bei Kontakt mit Tieren- , zu bestimmten Tageszeiten.

<b>Symptome</b>	<b>Seit wann: Monat/Jahr</b>	<b>In welchen Monaten oder Jahreszeit? An welchen Orten? Zuhause? Erkennbare Zusammenhänge und Ursachen?</b>
Augenentzündungen		
Fließschnupfen		
verstopfte Nase		
Nasennebenhöhlen- entzündungen		
Nasenpolypen		
häufige Erkältungen		
Atembeschwerden		
Asthma		
Nesselsucht		
Hautausschläge		
Neurodermitis		

Migräne		
Bauchschmerzen		
Durchfall		
Gelenkschmerzen		
andere Beschwerden		

<b>3. Bessern sich die Beschwerden im Urlaub?</b>	Ja	Nein
<b>4. Rauchen</b>		
Wird in der Wohnung geraucht?	Ja	Nein
In der Wohnung besteht absolutes Rauchverbot	Ja	Nein
In der Schwangerschaft wurde geraucht	Ja	Nein
<b>5. Wohnsituation</b>		
Altbau / vor 1970	Ja	Nein
Teppiche und Teppichböden in der Wohnung	Ja	Nein
Viele Zimmerpflanzen in der Wohnung	Ja	Nein
Wohnungsluft ist sehr trocken	Ja	Nein
Wohnungsluft ist sehr feucht	Ja	Nein
Feuchte Wände und/oder Schimmelpilz	Ja	Nein
<b>Leben Sie</b>	Ja	Nein
in einer Kleinstadt	Ja	Nein
in einer Stadt	Ja	Nein
auf dem Lande	Ja	Nein
in der Nähe einer Industrieanlage	Ja	Nein
in der Nähe eines landwirtschaftlichen Betriebes	Ja	Nein
in der Nähe von Wiesen und Felder	Ja	Nein
in der Nähe eines Waldes oder einer Parkanlage	Ja	Nein
<b>6. Schlafbereich des Patienten</b>		

Material der Bettdecke und des Kopfkissens:		
Material der Matratze:		
Bei Kindern: Kuscheltiere im Bett	Ja	Nein
Teppiche oder Teppichboden im Schlafzimmer	Ja	Nein
Trockengestecke und andere „Staubfänger“	Ja	Nein
Bett steht an Außenwand	Ja	Nein
Sonstiges:		
<b>7. Haustiere</b>	Ja	Nein
Leben Tiere (Hund, Katze, Meerschweinchen, Vögel usw.) immer oder gelegentlich in der Wohnung?	Ja	Nein
Welche Tiere?	Ja	Nein
War das Tier schon vor der Geburt des Kindes da?	Ja	Nein
Gibt es gelegentliche Tierkontakte?	Ja	Nein
Welche Tiere?	Ja	Nein
Kommt es zu Reaktionen nach dem Tierkontakt?	Ja	Nein
Wie zeigen sich diese Reaktionen?		
<b>8. Wurden bereits Reaktionen auf Medikamente beobachtet:</b>	Ja	Nein
Welche Medikamente?	Ja	Nein
Wie sah die Reaktion aus?		
<b>9. Wurde eine Überempfindlichkeit auf folgende Lebens- und Genussmittel beobachtet:</b>	Ja	Nein
Ananas	Ja	
Apfelsinen	Ja	
Aprikose	Ja	
Backwaren	Ja	
Banane	Ja	

Bohnen	Ja	
Brot	Ja	
Eier und Eierspeisen	Ja	
Erbsen	Ja	
Erdbeeren	Ja	
Fertiggerichte	Ja	
Fisch	Ja	
Fleisch	Ja	
Honig	Ja	
Karotten	Ja	
Kartoffeln	Ja	
Käse	Ja	
Ketchup	Ja	
Kohlarten	Ja	
Konservenwurst	Ja	
Mayonnaise	Ja	
Mehlstaub	Ja	
Milch	Ja	
Muscheln	Ja	
Nüsse	Ja	
Paprika	Ja	
Pfirsich	Ja	
Salate	Ja	
Schokolade	Ja	
Sellerie	Ja	
Tomaten	Ja	
Zitronen	Ja	
Zwiebeln	Ja	
Andere:	Ja	
<b>10. Welche Diagnostik erfolgte bislang?</b>		
<b>Datum</b>	<b>Untersuchung</b>	<b>Untersucher/Praxis</b>

**11. Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?**

**12. Welche Therapien werden aktuell durchgeführt?**

**13. Sonstiges**

**Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?**

**Tagesdatum:**