

| | |
|--|--|
| <p>Dr. med. Ulrich Kraft Heilpraktiker</p> <p>Email: info@ulrich-kraft.de www.ulrich-kraft.de</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.

| | |
|---|--|
| Patient | Zuname Vorname Geburtsdatum |
| Anschrift | Straße Hausnummer Postleitzahl Ort |
| | Telefon E-Mail-Adresse Fax: |
| Bei Kindern bitte auch Angaben zu den Eltern | Mutter |
| | Zuname Vorname Geburtsdatum |
| | Beruf |
| | Vater |
| Zuname Vorname Geburtsdatum | |
| Beruf | |
| Tätigkeiten 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.

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

| | | |
|--------------------|--|--|
| Migräne | | |
| Bauchschmerzen | | |
| Durchfall | | |
| Gelenkschmerzen | | |
| andere Beschwerden | | |

| | | |
|---|----|------|
| 3. Bessern sich die Beschwerden im Urlaub? | Ja | Nein |
| 4. Rauchen | | |
| Wird in der Wohnung geraucht? | Ja | Nein |
| In der Wohnung besteht absolutes Rauchverbot | Ja | Nein |
| In der Schwangerschaft wurde geraucht | Ja | Nein |
| 5. Wohnsituation | | |
| 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 |
| Leben Sie | 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 |
| 6. Schlafbereich des Patienten | | |

| | | |
|---|----|------|
| 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: | | |
| 7. Haustiere | 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? | | |
| 8. Wurden bereits Reaktionen auf Medikamente beobachtet: | Ja | Nein |
| Welche Medikamente? | Ja | Nein |
| Wie sah die Reaktion aus? | | |
| 9. Wurde eine Überempfindlichkeit auf folgende Lebens- und Genussmittel beobachtet: | 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 | |

10. Welche Diagnostik erfolgte bislang?

| Datum | Untersuchung | Untersucher/Praxis |
|--------------|---------------------|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

11. Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?

12. Welche Therapien werden aktuell durchgeführt?

13. Sonstiges

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Tagesdatum: