

Name, Vorname:  
Geburtsdatum:

Untersuchungsdatum:

Kreuzen Sie bitte an oder ergänzen Sie!

Gegenwärtige Beschwerden (Hauptbeschwerden unterstreichen):

- |  |            |   |
|--|------------|---|
| <input type="checkbox"/> Augenentzündung | seit _____ | <input type="checkbox"/> Asthma-Anfälle: _____ mal/Jahr           |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen       | seit _____ | <input type="checkbox"/> seit _____                               |
| <input type="checkbox"/> Niesanfälle     | seit _____ | <input type="checkbox"/> Schwellungen (z.B. Augen, Lippen, Zunge) |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis      | seit _____ | <input type="checkbox"/> seit _____                               |
| <input type="checkbox"/> Reizhusten      | seit _____ | <input type="checkbox"/> Magen-Darmbeschwerden (z.B. Durchfall)   |
| <input type="checkbox"/> Nesselfieber    | seit _____ | <input type="checkbox"/> seit _____                               |
| <input type="checkbox"/> Ekzem           | seit _____ |   |

Auftreten der Beschwerden:

- |  |  |                                    |                                   |
|--|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ganzjährig    | <input type="checkbox"/> ganzjährig mit jahreszeitlicher Verschlechterung          |                                    |                                   |
| <input type="checkbox"/> unregelmässig | <input type="checkbox"/> überwiegend in bestimmten Monaten (bitte Monat ankreuzen) |                                    |                                   |
| <input type="checkbox"/> Januar        | <input type="checkbox"/> April   | <input type="checkbox"/> Juli      | <input type="checkbox"/> Oktober  |
| <input type="checkbox"/> Februar       | <input type="checkbox"/> Mai   | <input type="checkbox"/> August    | <input type="checkbox"/> November |
| <input type="checkbox"/> März          | <input type="checkbox"/> Juni  | <input type="checkbox"/> September | <input type="checkbox"/> Dezember |

Begünstigende bzw. auslösende Umstände:

- |  |                                  |                                     |   |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|---|
| <b>Fieber:</b>                             | <b>Wetter:</b>                   | <b>Ort:</b>                         | <b>Tageszeit:</b>                                   |
| <input type="checkbox"/> häufig mit Fieber | <input type="checkbox"/> feucht  | <input type="checkbox"/> Wiese/Feld | <input type="checkbox"/> nachts von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> gelegentlich      | <input type="checkbox"/> trocken | <input type="checkbox"/> Wald       | <input type="checkbox"/> morgens nach dem Aufstehen |
| <input type="checkbox"/> nie mit Fieber    | <input type="checkbox"/> kalt    | <input type="checkbox"/> Schule     | <input type="checkbox"/> tagsüber                   |
|  | <input type="checkbox"/> windig  | <input type="checkbox"/> zu Hause   |   |
|  | <input type="checkbox"/> neblig  | <input type="checkbox"/> im Keller  |   |

Kontakt mit:

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Heu   | <input type="checkbox"/> Kosmetika                   |
| <input type="checkbox"/> Mehl  | <input type="checkbox"/> Medikamente                 |
| <input type="checkbox"/> Staub | <input type="checkbox"/> Andere Stoffe, welche _____ |

Stimmungslagen:

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Aufregung           |
| <input type="checkbox"/> Seelische Belastung |
| <input type="checkbox"/> launenabhängig      |

Besteht Kontakt mit folgenden Tieren?

- |                                |  |                                    |
|--------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hund  | <input type="checkbox"/> Meerschweinchen | <input type="checkbox"/> Rind      |
| <input type="checkbox"/> Katze | <input type="checkbox"/> Hamster         | <input type="checkbox"/> Tauben    |
| <input type="checkbox"/> Pferd | <input type="checkbox"/> Kaninchen       | <input type="checkbox"/> Ziervögel |
| <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>           |

Zeigen sich Beschwerden nach dem Kontakt mit Tieren?  Ja  nein

Haben sich die Beschwerden geändert?

- |                                    |                                      |                                     |                          |                                     |                          |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| bei Besuch:                        |                                      | nach Wohnungswechsel:               |                          | bei Ferientaufhalten:               |                          |
| <input type="checkbox"/> Verwandte | <input type="checkbox"/> Grosseltern | <input type="checkbox"/> schlechter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> schlechter | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bauernhof | <input type="checkbox"/> Stall       | <input type="checkbox"/> besser     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> besser     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Zirkus    | <input type="checkbox"/> Schule      |                                     |                          |                                     |                          |
| <input type="checkbox"/> Bauernhof | <input type="checkbox"/> _____       |                                     |                          |                                     |                          |

Rückseite beachten!

Beschaffenheit der Wohnung:

- |                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Altbau | <input type="checkbox"/> feucht  |
| <input type="checkbox"/> Neubau | <input type="checkbox"/> trocken |

Einrichtung des Schlafzimmers:

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teppichboden     | <input type="checkbox"/> Polstermöbel    | <input type="checkbox"/> Tierfelle      | <input type="checkbox"/> Stoffspielzeug |
| <input type="checkbox"/> schwere Vorhänge | <input type="checkbox"/> kleiner Teppich | <input type="checkbox"/> mehrere Betten | <input type="checkbox"/> Zentralheizung |

Beschaffenheit des Bettes:

- |  |                                      |                                      |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rosshaarmatratze    | <input type="checkbox"/> Federkissen | <input type="checkbox"/> Daunendecke |
| <input type="checkbox"/> Federkernmatratze   |                                      | <input type="checkbox"/> Wolldecke   |
| <input type="checkbox"/> Schaumgummimatratze |                                      |                                      |

Besteht eine Abneigung gegen, oder Unverträglichkeit auf folgende Nahrungsmittel?

- |   |                                  |                                    |   |
|---|----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Milch                                | <input type="checkbox"/> Käse    | <input type="checkbox"/> Erdbeeren | <input type="checkbox"/> Orangen/Zitronen |
| <input type="checkbox"/> Ei                                   | <input type="checkbox"/> Nüsse   | <input type="checkbox"/> Pfirsiche | <input type="checkbox"/> Hülsenfrüchte    |
| <input type="checkbox"/> Fische                               | <input type="checkbox"/> Tomaten | <input type="checkbox"/> Äpfel     |   |
| <input type="checkbox"/> Andere Nahrungsmittel? Welche? _____ |                                  |                                    |   |

Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?

- |                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine     | <input type="checkbox"/> Ausschlag       | <input type="checkbox"/> örtliche Schwellungen |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Asthma          | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen         |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Fliessschnupfen | <input type="checkbox"/> Unwohlsein            |
| <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       |

Frühere Erkrankungen:

- Milchschorf
- Ekzem
- Neigung zur Erkältung
- Bronchitiden
- Nesselfieber
- Reaktion auf Insektenstiche

- „Croup“
- Kiefer- bzw. Stirnhöhlenentzündung
- Lungenentzündung
- chronische Infekte

- häufiges Erbrechen
- häufiger Durchfall
- örtliche Schwellungen
- Migräne / Kopfschmerzen
- Wurmbefall

Operationen:

- Polypen
- andere

- Mandeln

- Mit Erfolg? \_\_\_\_\_
- Wann? \_\_\_\_\_

Bisherige Behandlung:

- Medikamente (welche)? \_\_\_\_\_
- ohne Erfolg (welche)? \_\_\_\_\_
- mit Erfolg (welche)? \_\_\_\_\_
- Hyposensibilisierung (wann) ? \_\_\_\_\_
- Kuraufenthalte (wo)? \_\_\_\_\_

Welche Allergiebeschwerden haben andere Familienangehörige?

- Mutter: \_\_\_\_\_  Geschwister: \_\_\_\_\_
- Vater: \_\_\_\_\_  Verwandte: \_\_\_\_\_

Sind Raucher in der Familie?

- ja  nein  Wie viel/Tag? \_\_\_\_\_
- Vater  Mutter  Geschwister