

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:

- | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|---|
| Fieber: | Wetter: | Ort: | Tageszeit: |
| <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:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verwandte | <input type="checkbox"/> Grosseltern |
| <input type="checkbox"/> Bauernhof | <input type="checkbox"/> Stall |
| <input type="checkbox"/> Zirkus | <input type="checkbox"/> Schule |
| <input type="checkbox"/> Bauernhof | <input type="checkbox"/> _____ |

nach Wohnungswechsel:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schlechter | <input type="checkbox"/> schlechter |
| <input type="checkbox"/> besser | <input type="checkbox"/> besser |

bei Ferientaufhalten:

- | |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schlechter |
| <input type="checkbox"/> besser |

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 |

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